



LAUREA
AMMATTIKORKEAKOULU

Uuden edellä

Sairaanhoitajien kokemuksia päihdepotilaan kohtaamisesta kirurgisella vuodeosastolla

Jämsänen, Sanna-Mari

2012 Hyvinkää

Laurea-ammattikorkeakoulu
Hyvinkää

Sairaanhoitajien kokemuksia päihdepotilaan kohtaamisesta kirurgisella vuodeosastolla

Jämsänen Sanna-Mari
Hoitotyö
Opinnäytetyö
Elokuu, 2012

Jämsänen Sanna-Mari

Sairaanhoitajien kokemuksia päihdepotilaan kohtaamisesta kirurgisella vuodeosastolla
Vuosi 2012 Sivumäärä 87

Tutkimuksen tarkoituksena oli kuvailla sairaanhoitajien kokemuksia päihdepotilaan kohtaamisesta. Tutkimuksen tavoitteena oli tuottaa tietoa hyödynnettäväksi kirurgisen vuodeosaston henkilökunnalle päihdepotilaan kohtaamisesta ja päihdepotilaan hoidon kehittämisestä kirurgisella vuodeosastolla.

Tutkimus on kvalitatiivinen eli laadullinen tutkimus. Tutkimuksen harkinnanvaraisen näytteen muodostivat seitsemän (N=7) kirurgisen vuodeosaston sairaanhoitajaa. He olivat iältään 27-61-vuotiaita ja työkokemusta heillä oli kirurgiselta vuodeosastolta 1-34 vuotta. Tutkimuksen aineistonkeruumenetelmänä käytettiin teemahaastattelua. Tutkimusaineiston analyysi suoritettiin teemoittain sisällönanalyysin avulla. Tutkimuksen aineistonkeruumenetelmänä käytettiin teemahaastattelua. Tutkimusaineiston analyysi suoritettiin teemoittain sisällönanalyysin avulla.

Sairaanhoitajien kokemukset päihdepotilaan hoidosta vaihtelivat. Päihdepotilaat herättivät sairaanhoitajissa erilaisia tunteita riippuen potilaasta, työkokemuksesta sekä sairaanhoitajan omista taustatekijöistä. Päihdepotilaan hoitotyössä ei koettu olevan suurta eroavaisuutta verrattaessa päihteitä käyttämättömään potilaaseen, mutta sairaanhoitajat toivat esille, että päihdepotilaan hoitaminen on vaativampaa esimerkiksi lääkityksen ja vieroitusoireiden vuoksi. Päihdepotilaita osastolla on sairaanhoitajien mukaan viikoittain ja jopa päivittäin hoidettavana. Päihdepotilaan tunnistamiseen ja määrittelemiseen käytetään sairaanhoitajien mukaan eniten potilaan esitietoja. Huumausaineiden käyttäjien tunnistaminen oli sairaanhoitajien mukaan haasteellista ja toisinaan huumausaineiden käyttö jää tunnistamatta lyhyen osastohoidon aikana. Päihdepotilaan autonomia toteutuu osastolla tutkimuksen mukaan hyvin. Eettisiä kysymyksiä nousi esille päihdepotilaan hoitomotivaatiosta puhuttaessa sekä yhteiskunnallisesti hoitojaksojen kustannuksia ajatellessa.

Päihdepotilaan hoitoa on syytä tutkia ja kehittää somaattisen sairaanhoidon puolella, jotta saumaton hoitopolku päihdepotilaille mahdollistuisi. Myös hoitohenkilöstön kokemusten perusteella on suositeltavaa koulutuksen tehostaminen päihdepotilaiden hoidosta kokonaisuutena ja huomioitavaa on, että kirurgiselle vuodeosastolle päivystyksen kautta ohjautuvat potilaat sekä heidän esitietonsa päihteiden käytön osalta olisi ajantasaisia oikean ja oikea-aikaisen hoidon saavuttamiseksi päihdepotilailla. Opinnäytetyötä voi käyttää apuna suunniteltaessa koulutuksia, työnohjausta sekä yhteistyötä päihdetyön avohoidon- tai laitoshoidon kanssa. Opinnäytetyötä voi hyödyntää myös pohdittaessa henkilökuntaresursseja, työn kuormittavuutta sekä päihdepotilaiden hoitoisuutta.

Asiasanat: Päihteet, kirurginen hoitotyö, päihdepotilas, kokemus

Jämsänen Sanna-Mari

Nurses experiences of meeting patients with substance addiction in surgical ward

Year

2012

Pages

87

The purpose of the study was to describe the nurses' experiences of meeting patients with substance addiction. The aim of this study was to produce information about meeting substance-abusing patients and produce information that can be utilized to develop the patients' care in a surgical ward.

This study is qualitative. The discretionary sample of this case study consisted of seven (N=7) surgical ward nurses. They were 27 to 61 years old and had 1 to 34 years of work experience in a surgical ward. The data collection method was a semi-structured theme interview technique. The data was analyzed by using content analysis, based on the themes of the interview.

The nurses' experiences of the care of substance-abusing patients varied. The patients aroused various feelings in the nurses depending on the patient, the nurse's work experience and the nurse's personal background. Treatment of substance-abusing patients was not considered different from that of other patients, but the nurses pointed out that treating substance-abusing patients was more demanding because of, for example, medication and withdrawal symptoms. According to the nurses, surgical wards treat substance-abusing patients weekly, or even daily. The patients' preliminary information is used for identification and for defining the patients' care. According to the nurses, identifying substance abuse is sometimes challenging, and sometimes the use of drugs is not detected during the short period of ward care. The study showed that the autonomy of substance-abusing patients was executed well on the ward. Some ethical questions arose when speaking about substance-abusing patients' care motivation and the cost of treatment.

The care of substance-abusing patients must be studied and developed within somatic nursing to achieve a seamless care path for the patients. Also, based on the experiences of the nurses, it is recommended to educate nurses in treating substance-abusing patients, and to observe patients admitted to the ward through emergency clinics. It is important that their preliminary information regarding drug abuse is correct, so that they can have proper care. This study can be used as a tool when planning education, work supervision and cooperation with the institutional or non-institutional care of substance-abusers. The study can be utilized when thinking about staff resources, workload and substance-abusers' need for care.

Keywords: Intoxicants, surgical nursing, substance-abusing patient, experience

Sisällys

1 Johdanto	7
2 Kirurginen hoitotyö sekä vuorovaikutuksellisuus hoitosuhteessa	8
3 Päihdepotilaan hoidon ja kohtaamisen erityispiirteitä	11
3.1 Päihteiden käyttäjä ja päihderiippuvuus.....	11
3.2 Päihteitä käyttävän potilaan tunnistaminen	13
3.3 Päihtyneen asiakkaan kohtaaminen.....	13
4 Päihteet	15
4.1 Alkoholi	15
4.2 Alkoholin käytön lopettamisen vieroitusoireita ja vieroitusoireiden hoito	16
4.3 Alkoholin käyttöön puuttuminen	18
4.4 Huumausaineet	19
4.5 Kannabis	20
4.6 Stimulantit.....	20
4.7 Opioidit	21
4.8 Hallusinogeenit	22
4.9 Huumausaineisiin liittyvät sairaudet ja komplikaatiot	22
5 Anestesia ja päihteitä käyttävä potilas.....	23
6 Tutkimuksen tarkoitus ja tutkimustehtävät	24
7 Tutkimuksen empiirinen toteutus	24
7.1 Tutkimuksen kohderyhmä.....	25
7.2 Tutkimuksen aineistonkeruu	26
7.3 Tutkimusaineiston analyysi	28
7.4 Tutkimusprosessin luotettavuus	30
9 Tulokset	31
9.1 Päihdepotilaan määrittely	32
9.1.1. Hoitajien käyttämät apukeinot päihdepotilaan määrittelyssä.....	34
9.1.2. Päihdepotilaan luonnehdintaa	38
9.1.3. Määritelmän mukaisten päihdepotilaiden esiintyvyys osastolla	42
9.2 Päihdepotilaan hoitotyö.....	43
9.2.2. Päihdepotilaan hoitajissa herättämät tunteet.....	51
9.2.3. Hoitajien kokema koulutuksen tarve	55
9.3 Etiikka ja tasa-arvoinen kohtaaminen päihdepotilaan hoitotyössä.....	57
9.3.1. Autonomian toteutuminen päihdepotilaan kohdalla.....	61
9.3.2. Hoitajat ja eettisyyteen liitettävät asiat sekä eettistä pohdintaa.....	63
10 Pohdinta	67
10.1 Tutkimustulosten tarkastelu	67

10.2 Tulosten hyödynnettävyys ja jatkotutkimusehdotukset	75
Lähteet	76
Liitteet	

1 Johdanto

Alkoholin ongelmakäyttö on yleistä. Terveystieteiden tutkimusten mukaan alkoholin ongelmakäyttöä on 10 % naisista ja 20 % miehistä. Alkoholi-ongelma on yhteiskunnallisesti tarkasteltuna merkittävä terveysuhka. Alkoholin ongelmakäyttö aiheuttaa terveydellisiä ongelmia ja ulottuu usealle elämän osa-alueelle. Varhainen havaitseminen ja puuttuminen alkoholin käyttöön ovat edellytys tehokkaalle hoidolle. (Käypähoitosuositus 2010.) Huumeiden käyttäjää hoidettaessa on hoidossa muistettava neutraali, tuomitsematon ja ennakkoluuloton asenne. Tärkeää on huomioida myös huumeidenkäyttäjän lähiympäristö, sillä huumeongelma on laaja sosiaalisten ongelmien kasaantuma ja yhteistyötä eri ammattikuntien välillä olisi suositettava. Huumausaineiden käyttö on usein sekakäyttöä, mutta tutkittua tietoa löytyy kliinistä työtä varten vain yksittäisistä huumausaineista. (Käypähoitosuositus 2006.)

Alkoholin käyttö ja siihen liitännässä olevat ongelmat ovat olleet yleisempiä Suomessa kuin huumausaineiden käyttö ja niihin liittyvät ongelmat. Huumausaineiden käytön todetaan lisääntyneen edellisen 15 vuoden aikana. Humalahakuisen juomisen eli yli 6 alkoholi annoksen viikoittaisen rajan ylittymisen todetaan olevan yleisintä kannabiksen käyttäjillä sekä useiden eri huumeiden sekakäyttäjillä, kuin huumausainetarjontaa kohtaamattomilla henkilöillä. Lääkkeiden päihdekäyttö on yleistä huumausaineiden sekakäyttäjillä. Humalajuomisen ja huumeidenkäytön välillä on todettu olevan yhteys. Alkoholin käytön vuoksi huumehoitoon hakeutuneista henkilöistä oheispäihteenä alkoholin rinnalla yleisimpinä päihteinä ovat kannabis (59%), stimulantit (39%) ja lääkkeet (36%). (Forsell, Virtanen, Jääskeläinen, Alho, Partanen 2010, 38-59.)

Tutkimuksia liittyen päihdepotilaan kohtaamiseen ja hoitamiseen somaattisen hoidon puolella löytyy vähäisesti. Tutkimukset sijoittuvat sairaalan päivystysympäristöön. Hoitoontulosityistä merkittävimpiä ovat myrkytystilat ja erilaiset tapaturmat. Peijaksen sairaalassa päihtyneistä tai päihderiippuvaisista potilaista neljännes ohjautui jatkohoitoon vuodeosastoille, kuten sisätautiosastolle ja kirurgiselle vuodeosastolle. (Kantonen, Niittynen, Mattila, Kuusela-Louhivuori, Manninen-Kauppi & Pohjola-Sintonen, 2006, 4923-4927.) Opinnäytetyöni sijoittuu kirurgiselle vuodeosastolle, mutta varsinaisesti kirurgiselle vuodeosastolle sijoittuvaa aiempaa tutkittua tietoa päihdepotilaan kohtaamisesta tai hoitamisesta ei löydy.

2 Kirurginen hoitotyö sekä vuorovaikutuksellisuus hoitosuhteessa

Perioperatiivinen hoitotyö jaetaan pre-, intra- ja postoperatiiviseen alueeseen. Preoperatiivisella hoitotyöllä ja toiminnalla tarkoitetaan potilaan hoitoa hetkestä, jolloin leikkauspäätös on tehty. Preoperatiivisessa vaiheessa potilas valmistautuu leikkaukseen joko kotona tai osastolla sairaalasta saamiensa ohjeiden mukaan. Perioperatiivisen hoitohenkilöstön tehtävänä on tässä vaiheessa potilastietojen kerääminen, leikkausta sekä anestesiaa edeltävien tutkimusten tekeminen, potilaan sekä hänen läheistensä tapaaminen ja ohjaaminen. (Lukkari, Kinnunen & Korte 2007, 20.)

Intraoperatiivisella hoitotyöllä tarkoitetaan potilaan hoitoa hetkestä, jolloin potilaan hoitovastuu siirtyy leikkausosaston henkilökunnalle. Intraoperatiivisessa vaiheessa potilas saa tarvitsemansa kirurgisen hoidon anestesiassa. (Lukkari, Kinnunen & Korte 2007, 20.)

Postoperatiivisella hoitotyöllä tarkoitetaan potilaan hoitoa hetkestä, jolloin potilas vastaanotetaan valvontayksikköön aina siihen hetkeen saakka, jolloin potilas ei tarvitse enää leikkaustapahtumaan liittyvää hoitotyötä. Postoperatiivisen hoitojakson lasketaan ulottuvan ensimmäiseen operaation jälkeiseen päivään saakka. Valvontayksikössä seurataan potilaan toipumista ja kuntoutumista anestesiasta sekä leikkauksesta. Tavoitteena valvontayksikön hoitotyössä on elintoimintojen vakiinnuttaminen niin, että potilas siirtyy jatkohoitoon vuodeosastolle, jatkohoitoyksikköön tai omaan kotiin, mikäli kyseessä on päiväkirurginen potilas. Postoperatiivisessa vaiheessa potilaan voinnin muutoksia verrataan leikkausta edeltäviin ja leikkauksen aikaisiin muutoksiin. Postoperatiivisessa vaiheessa potilaan ja hänen omaistensa selviytymistä ja hyvinvointia tuetaan kirjallisten ja suullisten hoito-ohjeiden avulla. (Lukkari, Kinnunen & Korte 2007, 21-22.)

Hoitosuhde käsitteenä kuvaa hoitajan ja potilaan välistä vuorovaikutussuhdetta. Sen rinnalla voidaan käyttää myös käsitteitä yhteistyö ja yhteistyösuhde. Hoitosuhdetyöskentelyssä kommunikaatio ja vuorovaikutus ovat keskeisiä käsitteitä. Vuorovaikutus on sosiaalista tunteiden ja ajatusten vaihtoa. Kommunikaatio vuorovaikutuksessa on tiedon välittämistä ja ihmissuhteen luomista. Hoitosuhteen kommunikaatiossa tieto, päätöksenteko ja käyttäytyminen saavat aikaan suhteen muodostumisen. Hoitosuhteeseen vaikuttaa hoitajan ja potilaan koetut asenteet, tiedot, arvot ja uskomukset. (Mäkelä, Ruokonen & Tuomikoski 2001, 11-18.)

Hoitosuhteessa potilas on hakeutunut ammattiauttajan luokse saadakseen neuvoa. Potilas itse tekee ratkaisut terveytensä suhteen. Hoitosuhde on hoitajan ja potilaan välistä yhteistyötä, jossa molemmat työskentelevät potilaan terveyden edistämiseksi. Hoitaja tuo tässä yhteistyössä oman ammattitaitonsa potilaan käyttöön. (Mäkelä, Ruokonen & Tuomikoski 2001, 17.)

Kohtaaminen on ihmisten välistä. Ammatillisuus tuo varmuutta, pätevyyttä ja kyvyn auttaa toista ihmistä. Ammatillisuus ei kuitenkaan sinällään auta kohtaamisessa. Ammatillisuuden lisäksi ammatillisella tulee olla ihmisyyttä. Aito kohtaaminen on vakavasti ottamista, läsnä olemista ja jakamista. Vakavasti ottaminen on toisen persoonallisuuden arvostamista. Arvostaminen on elämän, kokemusten ja tunteiden kokonaisvaltaista huomioimista. Arvostaminen ei ole riippuvainen elämäntavasta, ymmärryksestä ja luonteesta vaan se on yhtäläisen arvon antamista sekä asiakkaalle että työntekijälle. Kohtaamisessa tarvitaan nöyryyttä. (Mattila 2008, 12-19.)

Hyvä ja rakentava vuorovaikutus on mahdollista arvostavassa ja kunnioittavassa ilmapiirissä. Jokainen ihminen ja persoona on tarkoitettu elämään itsenään omaa elämäntarinaansa. Elämäntarinaa ei voi ulkopuolisena tietää, ellei sitä ole ihmisen kertomana kuullut. Vuorovaikutuksessa asiakkaan kanssa työntekijällä saattaa herätä erilaisia tunteita. Ei voida määritellä, millaiset tunteet ovat sallittuja tai mitä pitäisi tuntea. Tunteet kertovat elämän kosketuspinnasta ja tunteen tuntijasta. (Mattila 2008, 15-18.) Kohtaaminen voi toisinaan olla haastavaa. Kohtaamisen esteenä voi olla auttamistyössä työntekijän ylemmydentunne, joka estää myötätuntoisen ja armollisen kohtaamisen. Kohtaaminen asiakkaan kanssa voi joskus epäonnistua hyvästä aikomuksesta ja yrittämisestä huolimatta. Kohtaamisen epäonnistuttua on hyvä myöntää epäonnistuminen ja yrittää uudelleen asiakkaan kohtaamista. (Mattila 2008, 20-22.)

Parantamiseen ja hoitamiseen liittyy etiikka sekä eettisiä ongelmia. Näitä on kuvattu historiassa jo Hippokrateen (n. 460-370 eaa.) ajoilta. Moni eettinen kysymys on edelleen tänäkin päivänä pinnalla, sillä eettisille kysymyksille on luontaista, ettei lopullisia vastauksia pohdinnoille välttämättä saadakaan. Etiikan ja lain suhde toisiinsa on olemassa oleva. Lait perustuvat pohjimmiltaan eettiseen käsitykseen oikeasta ja väärästä. Lakeja on kuitenkin hyvä pohtia myös moraalien kannalta ja tapauskohtaisesti tehdä arvio onko laki juuri tässä tapauksessa perusteltu käyttöä. Terveydenhuolto pohjautuu sekä voimassa oleviin lakeihin että myös hyväksyttyihin eettisiin periaatteisiin ja sosiaalisiin normeihin. (Louhiala & Launis 2009, 15-19.)

Hoitotyön etiikan peruseriaatteisiin voidaan listata yleisesti seuraavat asiat: ihmiselämän kunnioittaminen, Ihmisarvon kunnioittaminen, itsemääräämisen eli autonomian

kunnioittaminen, hyödyn maksimoiminen, oikeudenmukaisuus ja hoitaminen. Autonomia taas voidaan jakaa ajattelun autonomiaksi, tahdon autonomiaksi sekä toiminnan autonomiaksi. (Louhiala & Launis 2009, 29-32.) Potilaan ja hoitajan näkemys autonomiasta sekä arvoista saattavat erota toisistaan. Leikkauksessa olleilla potilailla on odotuksia kohdistuen omaan päätöksen tekoon. Potilaan tiedonsaanti toteutuu parhaiten lääkitykseen ja hygieniaan liittyvissä asioissa sekä hoidollisista toimenpiteistä. (Välimäki, Leino-Kilpi, Anttila, Myllylä, Dassen, Gasull, Lemonidou, Scott, Arndt & Kaurila, 2001, 155-165.)

Yksilöllisellä itsemääräämisoikeudella on Suomessa vankka pohja. Itsemääräämisoikeudesta on tullut jopa arvo ja pahimmassa tapauksessa tämä saattaa johtaa siihen, että potilas kokee tulleen hylätyksi. Potilas saattaa toivoa enemmän sitä, että hän saa heittäytyä hoidettavaksi henkilöksi, joka ei välttämättä edes tiedä kaikesta itseään koskevasta tiedosta. Toisinaan voidaankin todeta, että oikeudesta on tullut velvollisuus. (Louhiala & Launis 2009, 32-36.)

Sairaanhoitajan ja potilaan välistä kohtaamista ohjaavat myös sairaanhoitajan eettiset ohjeet. Eettisten ohjeiden mukaan sairaanhoitaja on työssään vastuussa niille potilaille, jotka tarvitsevat hänen hoitoaan. Hän kohtaa jokaisen potilaan yksilönä sekä arvioi jokaisen ihmisen yksilöllisiä tarpeita hoidon suhteen. Sairaanhoitaja kohtaa potilaan arvokkaana ihmisenä ja lähimmäisenä kuunnellen ja eläytyen potilaan tilanteeseen. Heidän välinen hoitosuhde perustuu avoimeen vuorovaikutukseen sekä luottamukseen. Sairaanhoitajan tulee työssään kunnioittaa salassapitovelvollisuutta ja hyvin harkiten puhua potilaan kertomista luottamuksellisista asioista työyhteisössään. Sairaanhoitajan tehtävään potilastyössä kuuluu potilaan itsemääräämisoikeuden kunnioittaminen ja mahdollisuuden antaminen sille, että potilas voi itse osallistua hoitoaan koskeviin päätöksiin. Sairaanhoitaja kohtaa potilaan yksilönä kunnioittaen potilaan vakaumuksia, tapoja ja arvoja. Hoitohenkilöstö pyrkii luomaan hoitokulttuurin potilaalle hyväksi edellä olevia asioita huomioonottaen. (Sairaanhoitajaliitto 1996.)

Yleisesti terveydenhuollon päämääräksi luetaan terveyden edistäminen, sairauksien ehkäiseminen ja kärsimyksen lievittäminen. Jokaisella ammattiryhmällä on omat vastuualueensa, joihin sisältyy erilaisia moraalisia oikeuksia ja velvollisuuksia. Ammattiryhmien ammattieettiset ohjeistukset täsmentävät kuhunkin ammattiin kuuluvia oikeuksia ja sitä, mihin velvollisuuksiin moraalisesti on oman ammattinsa kautta sitouduttava. Hoitoyhteisöissä hoitajat kantavat lääkärin rinnalla vastuuta, mutta potilaiden hoitoa koskevia päätöksiä voidaan tehdä myös hoitajalähtöisesti. Lääkäreiden ammattikunnan ensisijainen ammatillinen velvollisuus ja hyve on parantaminen, kun taas hoitajien tehtävänä on nähty erityisesti hoitaminen. Parantamisen ja hoitamisen välillä on voitu nähdä

vastakkainasettelua. Voidaan kuitenkin ajatella, että hoitaminen ja parantaminen ovat liitännässä toisiinsa niin, että hoitaminen sisältyy parantamiseen. (Louhiala & Launis 2009, 56-61.)

3 Päihdepotilaan hoidon ja kohtaamisen erityispiirteitä

Päihderiippuvaiseksi määritellään ICD 10-kriteerien mukaan henkilö, jolla on pakonomainen himo päihdyttävään aineeseen, päihteiden käyttöön liittyvä hallintakyvyn menettäminen, päihteen nauttimisen jälkeen vieroitusoireita, sietokyvyn nouseminen käytettävään päihteesseen, päihteenkäytön nouseminen elämän keskeiseksi sisällöksi sekä päihteiden käytön jatkuminen huolimatta sen aiheuttamista haitoista. Alkoholi- ja huumauseriippuvuuden osoittamiseen on kuhunkin olemassa omat testinsä. (Halonen & Paasivaara 2008, 269.)

3.1 Päihteiden käyttäjä ja päihderiippuvuus

Päihderiippuvuus on elämän usealle alueelle ulottuva sairaus. Se on nähty enemmän moraalisen ja sosiaalisen ongelmana kuin sairautena. Päihdeongelman potilaan hoitohenkilöstö kohtaa työssään usein päihteiden aiheuttaman somaattisen sairauden tai komplikaation seurauksena. Päihdeongelman potilaan hoidossa keskitytään usein somaattisen tilan hoitoon ja päihdeongelman hoito sivuutetaan. Päihdepotilaan kohtaamiseen vaikuttavat hoitohenkilöstön aiemmat kokemukset. Kokemusten ollessa kielteisiä, nämä voivat johtaa kohtaamisen epäonnistumiseen ja potilas alkaa käyttäytyä odotusten mukaisesti. Tyly kohtaminen saa potilaan suuttumaan ja käyttäytymään regressiivisesti, vaativasti, ulkoistaen ongelmansa muista tahoista riippuvaksi. Päihdepotilaan hoidossa tarvitaan selkeitä sääntöjä, sopimuksia ja normeja. Päihdehoidon tavoitteet pitäisi suhteuttaa potilaan aiempaan päihteiden käyttöön. Jo päihteiden käytön vähentäminen on hoitotuloksena positiivinen ja merkittävä, vaikkei vieroitus päihteistä kokonaan onnistuisi. (Saarni 2005, 83-84.)

Päihteiden käyttäjistä osa jää palveluiden ulkopuolelle, sillä usein päihdeasiakkaalla on mielenterveysongelmia tai asunnottomuutta. Omatoimisuus ja aktiivisuus ovat epärealistisia odotuksia näiltä asiakkailta. Päihdeasiakas tarvitsee perusoikeuksiensa toteutumiseksi puolestapuhujaa, opastajaa ja tulkkia työntekijästä. Päihtynyt potilas voidaan kokea hankalana asiakkaana tai päihteiden käyttäjän vaivaa voidaan pitää itse aiheutettuna. Hoitohenkilökunnalla päihtyneen potilaan kohtaamisessa ja heidän hoidossaan saattaa tulla esiin torjuntaa ja kielteisiä asenteita. Suhtautuminen päihtyneisiin asiakkaisiin sosiaali- ja

terveysalan avopalveluissa, esimerkiksi a-klinikoilla, sosiaalitoimistoissa ja mielenterveyspalveluissa on tiukentunut viime vuosina. Asiakkaalta saatetaan hoitoon pääsemisen kriteerinä vaatia päihitteettömyyttä ja tämä on usein epärealistinen vaatimus, joka rajaa päihtyneen potilaan palveluiden ulkopuolelle. (Mäkisalo-Ropponen 2011, 28-29.)

Aggressiivisuus liittyy aikuisiän mielenterveyden sekä käyttäytymisen häiriöihin. Sanallista tai fyysistä aggressiivisuutta voi esiintyä päihteiden ja lääkkeiden aiheuttamissa päihtymystiloissa. Yksittäinen aggressiivisuuteen yhteydessä oleva merkittävä tekijä voikin olla juuri päihteiden käyttö. Verbaalinen aggressiivisuus saattaa olla osalle hoitajia stressitekijä. Aggressiivisen käytöksen kohtaamisen on todettu olevan riski hoitohenkilöstön työssä jaksamiselle. Potilaan uhkaava tai vaikea käytös voi aiheuttaa hoitajissa erilaisia tunteita, kuten vihaa ja ahdistuneisuutta. Stressitaso verbaalista aggressiivisuutta kokeneilla hoitajilla saattaa olla jopa korkeampi kuin fyysistä väkivaltaa kokeneiden hoitajien. (Taipale & Välimäki 2002, 169-175.)

Väkivallan uhka työpaikalla voi aiheuttaa hoitajissa pelon sekä turvattomuuden tunteita. Väkivallan uhka vähentää työssä jaksamista, työviihtyvyyttä ja työtehokkuutta. Väkivallan uhkan koetaan aiheuttavan varuillaan oloa sekä pelkoa. Väkivallan uhka on selkeä stressiä lisäävä tekijä. Organisaation näkökulmasta tarkasteltuna väkivalta potilaan taholta saattaa tuottaa sairauspoissaolojen lisääntymistä, tuottavuuden vähentymistä, vakuutusmaksujen kohoamista ja korjauskustannusten lisääntymistä. (Pitkänen, Laijärvi & Välimäki 2005, 240-245.)

Hoitajien kokemukset väkivaltatilanteissa jakautuvat fyysisiin ja psyykkisiin tuntemuksiin, joko tilanteessa tai tilanteen jo mentyä ohi. Fyysisinä tuntemuksina hoitajat ovat kuvanneet väkivaltatilanteessa sydämen lyönnin nopeutumista, tärinää, hikoilemista ja voimattomuuden tunteita. Psyykkisinä tuntemuksina ensimmäisinä on kuvattu pelon, kiukun ja suuttumuksen tunteita. Lamaantumista ja hämmennyksen tunnetta saattaa esiintyä tilanteen äkillisyyden johdosta. Tunteina on tuotu esille myös avuttomuus, epätoivo, pelästyminen ja järkytys, häpeä, syyllisyys sekä katkeruus. Nämä tuntemukset liittyvät tilanteen ymmärtämiseen, ajatukseen ”miksi juuri minä?” sekä ajatukseen siitä, että auttaessa potilasta voi itse joutua uhatuksi potilaan taholta. Hoitajien kokemuksen mukaan väkivallan uhka on korostuneesti esillä päihdepotilaiden ja näistä erityisesti huumepsykoosissa olevien potilaiden kohdalla. Väkivaltaa kokeneet hoitajat ovat kertoneet pelosta kohdata myöhemmin itseä kohtaan väkivaltaisesti käyttäytynyt potilas ja tästä seuraa kohtaamisen välttelyä ja hoitajan päivittäinen työ hankaloituu. (Pitkänen, Laijärvi & Välimäki 2005, 240-245.)

3.2 Päihteitä käyttävän potilaan tunnistaminen

Päihteistä aiheutuvista terveydellisistä ongelmista paraneminen on todennäköisempää, mikäli päihteiden käyttö tunnistetaan varhaisessa vaiheessa. Päihdesairastavuus voitaisiin puolittaa, mikäli nykyistä aiemmin tunnistettaisiin ja puututtaisiin päihteiden käyttöön. Päihteiden käytön tunnistamiseen työntekijä tarvitsee omia havaintoja potilaasta, potilaan haastattelua sekä strukturoituja kyselyitä (esimerkiksi AUDIT). Päihdeongelmat voivat ilmetä monella tavalla. Väärinkäyttö saattaa näkyä henkilön fyysisessä tai psyykkisessä tilassa ilmentyen masennuksena tai ahdistuneisuutena, omanarvontunnon heikentymisenä tai arvomaailman kaventumisena. Päihteiden käyttö voi näkyä myös sosiaalisen käytöksen muutoksena. Päihteitä käyttävä henkilö saattaa vältellä toisia ihmisiä tai eristäytyä. (Holmberg, Hirschovits, Kylmänen & Agge 2008, 247.)

Viitteitä potilaan päihteiden käytöstä voivat antaa monet erilaiset oireet, kuten väsymys, ahdistuneisuus, masentuneisuus, pelokkuus, huonosti hoidetut ihottumat/ihottuma. Silmien valkuaisten punoitus ja kasvojen punoitus voivat olla viitteitä päihteiden käytöstä. Erilaiset vatsavaivat kuten ripuli, närästys, suoliston toiminnan häiriöt voivat viitata päihteiden käyttöön. Erilaiset käytöshäiriöt, poikkeuksellinen vilkkaus, mielialojen vaihtelevuus ja unettomuus voivat viitata päihteiden käyttöön. Erityisesti suonensisäisten huumausaineiden käyttäjillä saattaa olla pistosjälkiä, paiseita käsivarsissa tai kyynärtaipeissa. Taloudelliset vaikeudet ja tiheät sairauslomat voivat kertoa päihteiden ongelmallisesta käytöstä. Viitteitä on paljon ja yksittäisien tekijöiden kautta ei voida tehdä päätelmiä ihmisen päihteiden käytöstä. Ihmisen ulkoinen olemus ei kerro päihteiden käytöstä, ylisiisti ihminen voi olla päihteiden käyttäjä yhtälailla kun ulkoiselta habitukseltaan epäsiisti ihminen. Alkoholiongelma ei läheskään aina näy ihmisestä päällepäin ja potilas harvoin itse ottaa päihteiden käyttöönsä puheeksi. (Holmberg, Hirschovits, Kylmänen & Agge 2008, 247-248.)

3.3 Päihtyneen asiakkaan kohtaaminen

Kohtaamisessa päihdeongelmaisen potilaan kanssa vaikuttavat sekä työntekijän että asiakkaan elämäkokemukset, koulutus ja sosiaalisen ympäristön myötä kasvaneet arvot ja asenteet. Eettisiä ohjeita voi hyödyntää kohtaamisessa. (Lappalainen-Lehto, Romu & Taskinen 2007, 240-241.)

Päihdekulttuurissa asenne on kulkenut jämäkän, epävarmuuden ja torjuvan kautta sallivammaksi. Suhtautuminen päihteiden käyttöön voi olla kaksinaismoralistista, toisaalta runsaskin päihteiden käyttö hyväksytään, mutta riippuvuus päihteeseen nähdään tuomittavana. Päihteitä käyttävä asiakas on oman elämänsä asiantuntija ja hoitoon vapaaehtoisesti suostumiseen saattaa vaikuttaa päihteiden käyttäjän elämäntilanne. Taustalla vapaaehtoiseen hoitoon suostumiseen tai hakeutumiseen saattaa olla pelko tai uhka esimerkiksi työpaikan tai parisuhteen menettämisestä. (Mattila 2008, 56-57.)

Päihtyneen asiakkaan kohtaamisessa sekä työntekijä että asiakas kantavat vastuun omista toimistaan. Hoitajalla ja asiakkaalla on vastuu omista teoista sekä tekemättä jättämisistä. Molemmilla on vastuu valinnoista ja päätöksistä. Hoidon antaja on kuitenkin asiakkaan kohtaava asiantuntija. Kummallakin osapuolella on velvollisuus ja oikeus toimia autonomisesti, mutta kunnioittaen toistensa autonomiaa. Päihteiden käyttöön puuttumattomuus esimerkiksi auttajan oman suvaitsemattomuuden pelon vuoksi, saattaa kääntyä autettavaa vastaan, mikäli ei uskalleta työntekijänä puuttua päihteiden käyttöön peläten esimerkiksi leimautumista suvaitsemattomaksi työntekijäksi. (Mattila 2008, 56-58.)

Potilaan asianmukainen hoito on lainsäädännön mukaan toteutettava huolimatta siitä, onko potilas päihtynyt vai ei. Usein päihdepotilaiden somaattiset sairaudet hoidetaan, mutta taustalla olevaan syyhyn eli päihteiden käyttöön, ei puututa. (Holmberg, Hirschovits, Kylmänen & Agge 2008, 259-260.)

Päihteitä käyttävän asiakkaan hoidossa on muistettava, että motiivi hoitamiselle on asiakkaan tarvitsema apu. Hyvä päihdehoito ottaa huomioon myös vaihtoehtoisten hoitomuotojen olemassa olemisen. Erilaiset lähestymistavat sopivat eri asiakkaille. Asiakas saattaa kieltäytyä auttajansa tarjoamasta avusta, mutta yhteistyötä on syytä jatkaa ja hakea yhdessä hyviä ratkaisuja. (Mattila 2008, 59.)

Persoonallisuushäiriöinen päihteidenkäyttäjä saattaa haastaa kokeneenkin sairaanhoitajan säilyttämään empaattisen ja asenteettoman työotteensa. Sairanhoitajan ennakkoasenne saattaa olla moralisoiva. Haasteita tuo usein potilaan loukkaava tai ympäristöä häiritsevä käytös. On kuitenkin muistettava, että potilaan käytös johtuu sairaudesta, ei potilaan halusta ärsyttää hoitajaa. (Holmberg, Hirschovits, Kylmänen & Agge 2008, 259-260.)

Sairauksissa, joissa kyse on yksittäisen ihmisen elintavoista, esimerkiksi päihteiden käytössä, on asenteilla merkitystä hoidon onnistumisen kannalta. Päihteitä käyttävän asiakkaan asenteet vaikuttavat hoitoon hakeutumiseen ja hoidon hyväksymiseen. Hoitajan asenne taas vaikuttaa hoidon aloittamiseen, hoidon sisältöön ja hoidon toteuttamiseen. (Holmberg, Hirschovits, Kylmänen & Agge 2008, 258-259.) Asenne on ihmisen myönteistä tai kielteistä

suhtautumista asioihin ja asioiden muodostamiin kokonaisuuksiin. Asenteissa osana on tiedollisien komponenttien lisäksi tunteita, mieltymystä, sympatiaa ja uskomuksia sekä epäilyksiä. Asenteet kehittyvät ihmisen elämäkokemuksen, arvomaailman ja ympäröivän kulttuurin kautta. (Holmberg, Hirschovits, Kylmänen & Agge 2008, 258.)

Sairaanhoitajan ammatillisena tehtävänä on antaa näyttöön perustuvaa tietoa päihteiden käytön haitoista ja motivoida potilasta lopettamaan päihteiden käyttö tai vähentämään päihteiden käyttöään. Päihteiden käyttöön puuttuminen vähentää somaattista sairastavuutta sekä akuutteja ja pitkäaikaisia psykiatrisia haittoja sekä säästää terveydenhuollon resursseja. (Holmberg, Hirschovits, Kylmänen & Agge 2008, 261-262.)

Päihteiden käyttäjien omat toiveet liittyen hoitoon ohjaukseen Halosen ja Paasivaaran (2008) mukaan liittyvät esimerkiksi varhaisempaan puuttumiseen sekä informaation antamiseen. Päihteiden käyttöön on puututtu vasta riippuvuuden kehittyttyä jo pitkälle ja päihteiden käyttäjät ovat kokeneet tarpeelliseksi päihdeongelman puheeksioton ja puuttumisen jo varhaisemmassa vaiheessa. Kuitenkin päihteiden käyttäjät itse kokevat päihdeongelman puheeksioton vaikeaksi. Halosen ja Paasivaaran (2008) mukaan sosiaali- ja terveydenhuollon henkilöstölle tarvittaisiin lisää koulutusta liittyen päihdeongelman puheeksiottoon, arviointimenetelmiin sekä hoitoonohjaukseen. Suositeltavaa olisi, että jokaisella työntekijällä olisi hallussa Mini-intervention eli varhaisen, lyhyen ja tehokkaan päihdeongelman puuttumisen malli.

4 Päihteet

Alkoholin käyttö ja siihen liitännässä olevat ongelmat ovat olleet yleisempiä suomessa kuin huumausaineiden käyttö ja niihin liittyvät ongelmat. Huumausaineiden käytön kuitenkin todetaan lisääntyneenvuosien mittaan. (Forsell, Virtanen, Jääskeläinen, Alho, Partanen 2010, 38-59.) Alkoholin ongelmakäyttö on globaali ongelma. Yhdysvalloissa on todettu, että noin 20-40 prosenttia sairaaloiden potilaista on hoidon piirissä sairauden vuoksi, joka on aiheutunut tai pahentunut alkoholin käytön vuoksi. (Sommers, Wray, Savage & Dyehouse 2003, 76.)

4.1 Alkoholi

Alkoholinkulutus Suomessa on keskitasoa verrattaessa Eurooppaan, mutta ongelmana suomalaisessa alkoholinkulutuksessa on humalajuominen eli alkoholin runsas kertakulutus. Alkoholi on merkittävä kuoleman aiheuttaja suomalaisessa työikäisessä väestössä. Alkoholin ongelmakäyttö saattaa vaurioittaa lähes jokaista ihmisen elimistön elintä. Terveydenhuollon naispotilaista 10% ja miespotilaista 20% arvioidaan olevan alkoholin ongelmakäyttäjiä. Päihdehuoltolain (41/1986) mukaan kunnan tehtävä on järjestää päihdeongelmalliselle ja läheisille asiallinen ja riittävä hoito. (Käypähoitosuositus 2010.)

Päivystysaikana päivystyspoliklinikalla asioivista potilaista päihtyneiden potilaiden osuus kasvaa. Peijaksen sairaalan päivystyspoliklinikalla vuonna 2005 toteutetun tutkimuksen tulosten mukaan potilaista jopa 28% oli mahdollisesti päihtynyt tai päihderiippuvainen. Neljännes päihdepotilaista siirtyi sairaalahoitoon päivystyspoliklinikan kautta. Tutkimuksessa selvitettiin myös häiriökäyttäytymistä päivystyspoliklinikalla. Aineiston potilaista 1,6% käyttäytyi uhkaavasti ja häiritsevästi käyttäytyi 5,1% potilaista. Potilasta saattanut henkilö käyttäytyi häiritsevästi 1,4% kohdalla. Häiriöt liittyivät päihteen käyttöön tai päihtymykseen seuraavasti: uhkailutilanteessa 82%, häiriötilanteessa 92% ja saattajan aiheuttamassa häiriötilanteessa 80%. Tutkimuksessa todettiin päihteitä käyttävän potilaan työllistävän poliklinikan työntekijöitä muita asiakkaita enemmän. (Kantonen, Niittynen, Mattila, Kuusela-Louhivuori, Manninen-Kauppinen & Pohjola-Sintonen 2006, 4923-4926.)

Alkoholin käytön riskirajat ovat miehillä ja naisilla erilaiset. Naisilla ohjearvoina ja suosituksina on alkoholineuvonta, kun nainen juo 20 grammaa absoluuttista alkoholia eli kaksi ravintola-annosta päivittäin tai humalahakuinen juominen sisältää vähintään viisi ravintola-annosta alkoholia toistuvasti viikoittain. Miehillä vastaavat ohjearvot ovat 40 grammaa absoluuttista alkoholia päivittäin tai seitsemän ravintola-annoksen viikoittainen toistuva käyttö. Alkoholin ja psykoaktiivisten aineiden kuten rauhoittavien lääkkeiden ja unilääkkeiden yhteiskäyttö on sekakäyttöä. (Käypähoitosuositus 2010.)

Alkoholin suurkulutukseen liittyy sairauksia, joiden syntyyn alkoholin ongelmallinen käyttö liittyy. Keskeisimpiä sairauksia ja oireita ovat haimatulehdus, todetuista haimatulehduksista 60-80% ovat aiheutuneet alkoholin käytön vuoksi. Alkoholimaksasairauksia ja ripulia esiintyy alkoholin suurkuluttajilla. Syöpäsairauksista erityisesti ruoansulatuskanavan syöpien sekä rintasyövän riski kasvaa alkoholin ongelmakäyttäjillä. Aivovammat, aivoverenvuoto, dementia ja pikkuaivoatrofia sekä polyneuropatia ovat yleisiä alkoholiriippuvaisilla. Sydänsairauksista eteisvärinä ja kardiomyopatia ovat huomattavia löydöksiä alkoholin suurkuluttajilla. Erilaiset hormonihäiriöt voivat liittyä alkoholin käyttöön niin miehillä kuin naisilla. Lisäksi ylipaino, kohonnut verenpaine, unihäiriöt ja mielenterveysongelmat voivat olla liitännässä alkoholin suurten määrien kulutukseen. Lisäksi alkoholin suuri kulutus lisää liikennetapaturmien, muiden tapaturmien sekä väkivallan riskiä käyttäjällä. (Käypähoitosuositus 2010.)

4.2 Alkoholin käytön lopettamisen vieroitusoireita ja vieroitusoireiden hoito

Vieroitusoireita syntyy päihteen poistuessa elimistöstä hermoston toiminnan muuttuessa. Alkoholivieroitusoireet alkavat pitkään jatkuneen alkoholinkäytön lopettamisen jälkeen 24-150 tunnin kuluessa päihteen käytön loputtua. Kovimmillaan vieroitusoireet ovat 70-100

tuntia päihteiden käytön loputtua. Usein jo laskuhumalan aikana on lieviä vieroitusoireita joita ovat levottomuus, unettomuus, hikoilu ja ärtyneisyys. (Käypähoitosuositus 2010.)

Delirium tremens on vaikeaksi luokiteltu vieroitusoireyhtymä. Alkoholin käytön lopettamisen jälkeen delirium tremens saattaa ilmaantua potilaalle 24-150 tunnin kuluessa. Oireita ovat hikoilu, takykardia, vapina ja levottomuus, puhevaikeudet, desorientaatio sekä hallusinaatiot. (Käypähoitosuositus 2010.)

Vieroitusoireiden ja delirium tremensin hoidossa bentsodiatsepiinit riippumatta ryhmästä ovat tehokkaita lääkehoidossa. Karbamatsepiinia voidaan käyttää ehkäisemään kouristuksia, mikäli potilaalla on aiemmin ollut vieroitusoireisiin liittyviä kouristuksia. Avokatkaisuhoidossa vieroitusoireisiin käytetään pienenevin annoksin klooridiatsepoksidilääkitystä. Alkoholin ongelmakayttäjän vieroitusoireissa käytetään tiamiinia ehkäisemään Wernicken enkefalopatiaa. Vieroitusoireisiin liittyvää nestevajausta ja suolavajausta hoidetaan lievissä tapauksissa isotonisella urheilujuomalla ja vähärasvaisella maidolla. Vaikeammissa nestevajauksissa ja suolavajauksissa tilaa hoidetaan kalium- ja magnesiuminfuusioilla. (Käypähoitosuositus 2010.)

Akuutti alkoholimyrkytys johtaa kuolemaan Suomessa noin 500 ihmisen kohdalla. 85% myrkytyksistä johtuu etanolista. Lääkkeet ovat usein mukana näissä kuolemaan johtaneissa myrkytyksissä. Aikuisen lievä- tai keskivaikea alkoholimyrkytys (alle 2,5-3 promillea) ei sinällään vaadi erikoishoitoa, mutta aspiraatoriski on huomioitava. Mahalaukku huuhdellaan, mikäli epäillään lääkemyrkytystä alkoholimyrkytyksen ohella. Lääkehiili ei estä etanolin imeytymistä elimistössä. Veren alkoholipitoisuuden ollessa yli 3 promillea potilas on usein tajuton ja kuuluu sairaalahoidon piiriin. Korvikealkoholimyrkytykseen johtaa liuotteiden ja pesuaineiden metanoli, pakkasnesteidet etyleeniglykoli ja jäänestoaineiden isopropanoli. Korvikealkoholimyrkytykset tulee hoitaa sairaalassa. (Käypähoitosuositus 2010.)

Jo 30ml metanolia voi olla hengenvaarallinen määrä korvikealkoholia. Metanolimyrkytyksen oireita ovat humala, heikotus, vatsakivut, pahoinvointi, papillaödeema, laajentuneet ja valojäykät silmän pupillit ja näköhäiriöt. Myrkytys voi aiheuttaa sokeutumisen tai kuoleman. Metanolimyrkytystä hoidetaan etanolilla tai fomepitsolilla, lääkehiili ei sido metanolia. (Käypähoitosuositus 2010.)

Vastaavasti 50ml määrä etyyliglykolia tai 250ml määrä isopropanolia saattavat olla henkeä uhkaava määrä näitä korvikealkoholeja. Etyyliglykoli- ja isopropanoli myrkytyksen oireita ovat humala, takykardia, oliguria sekä keuhkokongestio. Munuaisvauriot ja metabolinen asidoosi kehittyvät myrkytyksen myötä. Näitä myrkytyksiä hoidetaan hoitamalla kehittynyt asidoosi,

tehostetulla diureesilla, etanoli-infuusiolla, fomepitsolilla sekä natriumkarbonaatti-infuusiolla. Tarvittaessa aloitetaan potilaalle dialyysi. (Käypähoitosuositus 2010.)

4.3 Alkoholin käyttöön puuttuminen

Varhaisessa vaiheessa alkoholin ongelmakäyttöä potilas hakeutuu yleisesti hoidon piiriin fyysisen syyn vuoksi, kuten kohonnut verenpaine, sydämenrytmihäiriöt, tapaturmat, epämääräiset vatsaoireet tai vieroitusoireet. Psykkisiä syitä hoitoon hakeutumisessa varhaisessa alkoholin ongelmakäytössä voivat olla unettomuus, ahdistuneisuus tai masennus. Keskeisiä menetelmiä alkoholinkäytön varhaiseen havaitsemiseen ovat haastattelu, strukturoidut kyselyt sekä kliiniset tutkimukset ja laboratoriokokeet. (Käypähoitosuositus 2010.)

Haastattelussa kannustava ja avoin ilmapiiri on tärkeä. Keskustelussa avoimilla kysymyksillä saadaan rakennettua hoitosuhdetta ja potilaalle tärkeiden näkökohtien esille tulo on todennäköistä. Avoimiin kysymyksiin voi hakea tarkennusta jatkokysymyksillä potilaan kertoman jälkeen. Haastattelussa voi kysyä käytön tiheyttä, juomisen määrää, juomakertoja ja mitä alkoholijuomia potilas on käyttänyt. Haastattelussa oluen ja siiderin juonnista on hyvä kysyä erikseen. Käyttömääriä kysyessä johdattelussa on hyvä käyttää mielusti isompia alkoholiannos määriä kuin pieniä määriä. Alkoholin käyttöä kartoittaessa on hyvä kysyä käyttömäärien lisäksi potilaan päihteiden käyttöön liittyviä asioita kuten krapularyyppyjä, työstä poissaoloja, omaa huolta alkoholinkäytöstä, perhepiirin ongelmista, syllisyudentunteista alkoholinkäytön yhteydessä, tehtävien laiminlyönnistä ja tappeluihin joutumisista. Haastattelussa potilaalta voi kysyä potilaan omaa muutosvalmiutta. Tämä helpottaa hoidon suunnittelua. Strukturoidut kyselyt on tarkoitettu haastattelun tueksi tarkentamaan ja helpottamaan haastattelua. Alkoholinriskikäytön arvioimiseksi toimivin strukturoitu lomake on AUDIT (liite1) ja AUDIT-C (liite2). (Käypähoitosuositus 2010.)

Alkoholin ongelmakäytöstä voi haastattelun ja kyselyiden lisäksi saada viitteitä kliinisellä tutkimuksella ja kliinisiä löydöksiä voi käyttää haastattelun tarkennukseen ja kysymyksiä voi esittää tarkentavasti liittyen kliinisiin löydöksiin. Alkoholin riskikäyttöön liittyviä kliinisiä löydöksiä potilaalla voivat olla seuraavat oireet: sydämen eteisvärinä, epäsäännöllinen tai nopea sydämen syke, kohonnut verenpaine, ahdistuneisuus, levottomuus, hikoilu tai hyperkinestesia. Vammoja kuten luunmurtumat, naarmut, palovammat voi esiintyä. Alkoholin ongelmakäyttäjällä voi olla huonosti hoidettu ihottuma, heikko hammashygienia tai rikkiäiset hampaat. Alkoholin ongelmakäyttäjällä voi olla turpeat korvasylkirauhaset. (Käypähoitosuositus 2010.)

Laboratoriokokeita voidaan yhteisymmärryksessä potilaan kanssa käyttää haastattelun lisänä ja tukena alkoholinkäytön määrittämisessä ja varhaisessa riskikäytön toteamisessa. Laboratoriokokeista on hyötyä potilaan ollessa motivoitunut alkoholiongelman hoitoon ja seurattaessa hoidon tulosta. Myös sairauksien erotusdiagnoosiin käytetään laboratoriokokeita. Laboratoriokokeista keskeisiä ovat veren tai hengitysilman alkoholipitoisuuden mittaaminen, seerumin glutamyyliamino-transferaasi eli GT, punasolujen keskitilavuus eli MCV sekä seerumin niukkahiilihydraattinen transferriini eli CDT. (Käypähoitosuositus 2010.)

Alkoholiongelman hoidossa käytetään mini-interventiota vähentämään alkoholin liiallista kulutusta. Mini-intervention pituus tulisi olla 15-20 minuuttia ja neuvonnan tulisi sisältää ohjeita selviytymisstrategioista ja alkoholin haittavaikutuksista. Mini-intervention vaikutus potilaaseen on todettu olevan 12-24 kuukautta. Mini-intervention sisältää RAAMIT-lyhenteen sisältämät ohjeet lyhytneuvonnasta. RAAMIT on lyhenne sanoista rohkeus, alkoholitietous, apu, myötätunto, itsemääräämismääräisy ja toimintaohjeet. Rohkeudella tarkoitetaan tapaa rohkaista potilasta sekä annetaan uskoa onnistumisesta. Alkoholitietoudella tarkoitetaan annettavaa palautetta ja tietoa alkoholiasioista suhteutettuna potilaan ongelmiin ja klinisiin löydöksiin. Avulla tarkoitetaan potilaan avustamista päätöksessään vähentää tai lopettaa alkoholinkäyttö. Myötätunnolla tarkoitetaan suhtautumista potilaaseen, suhtautumisen tulisi olla lämmin, reflektioiva, empaattinen sekä ymmärtävä. Itsemääräämismääräisyydellä tarkoitetaan potilaan itsenäistä päätöstä vähentää alkoholin kulutusta. Toimintaohjeilla tarkoitetaan yhdessä luotavia vaihtoehtoisia strategioita juomisen vähentämiseksi. (Käypähoitosuositus 2010.)

4.4 Huumausaineet

Euroopan huumaussaine tilannetta tilastoidaan ja tarkastellaan Euroopan huumaussaineiden ja niiden väärinkäytön keskuksessa eli EMCDDA:ssa. Huumaussaineiden käyttöä ja ilmiötä tarkastellaan esimerkiksi sosiaalisesta, terveydellisestä, rikosseuraamuksellisesta ja salakuljetukseen liittyvistä näkökulmista. (Euroopan huumaussaineiden ja niiden väärinkäytön seurantakeskus 2008.)

Huumekuolemien vähentäminen on päämääränä useissa kansallisissa huume-strategioissa. Euroopassa ilmoitetaan vuosittain noin 7000-8000 huumekuolemaa. Useissa Euroopan maissa on haasteena terveydenhuolto- ja sosiaalipalveluissa hoidettavat ikääntyvät pitkäaikaikäiskäyttäjät. Pitkäaikaikäiskäyttäjät ovat alttiimpia yliannostuksille ja negatiivisille terveysvaikutuksille. Huumeiden injektioikäiskäyttäjät omaavat monia fyysisiä sairauksia ja ovat alttiimpia somaattisille sairauksille. Huumaussaineiden injektointi käytötapa on Suomessa

noin 4-5 huumausaineiden ongelmakäyttäjää tuhatta 15-64-vuotiaasta kohden. (Euroopan huumausaineiden ja niiden väärinkäytön seurantakeskus 2008.)

Euroopassa huumausaineiden käyttöön liittyviä haasteita ovat rikosseuraamuksellisten seuraamusten erilaiset käytännöt, ehkäisevän huumetyön käytäntöjen hidas muuttuminen huolimatta kasvavasta näyttöperustasta, kokaiinin käytön lisääntyminen yhteiskuntaan sopeutuneiden henkilöiden osalta, synteettisten huumausaineiden tuotannon kehittyminen sekä heroini-ongelmien vuosittainen pysyminen samalla vakiintuneella tasolla ja synteettisten opioidien käytön lisääntyminen. (Euroopan huumausaineiden ja niiden väärinkäytön seurantakeskus 2008.)

4.5 Kannabis

Kannabistuotteet ovat hampukkakasvista eli Cannabis sativasta peräisin ja niiden sisältämä aktiivinen aine on tetrahydrokannabinoli eli THC. Marihuana on kasvin kuivattuja lehtiä sekä kukkia, hasis on emikasvin kuivattuja kukintoja, hasisöljy on väkevöityä THC:tä. Kannabista käytetään yleisesti polttamalla. Kannabis aiheuttaa psyykkistä riippuvuutta ja vaikuttaa elimistön kannabinoidireseptoreihin. (Käypähoitosuositus 2006.)

Euroopan aikuisväestöstä (15-64-vuotiaat) arviolta yli 70 miljoonaa ihmistä on käyttänyt ainakin kerran elämässään kannabista. Tämä tarkoittaa useampaa kuin joka viidettä aikuisväestöön kuuluvaa henkilöä. Keskimäärin viimeisen vuoden aikana kannabista on käyttänyt 23 miljoonaa aikuista. Viimeksi kuluneen kuukauden aikana kannabista on käyttänyt 12,5 miljoonaa Euroopan aikuisväestöön kuuluvaa henkilöä. Kannabiksen käytön on todettu olevan yleisempää miesten kuin naisten keskuudessa. (Euroopan huumausaineiden ja niiden väärinkäytön seurantakeskus 2008.)

Kannabiksen käytön lopettamiseen liittyviä vieroitusoireita ovat ärtyisyys, hermostuneisuus, masentuneisuus, levottomuus, erilaiset unihäiriöt sekä tuskatilat. Kannabisriippuvuuden hoitoon ei ole lääkehoitoa. Fyysiset vieroitusoireet ovat usein lieviä. (Käypähoitosuositus 2006.)

4.6 Stimulantit

Amfetamiinia käytetään suonensisäisesti ja amfetamiini on Suomen yleisin suonensisäisesti käytettävä huumausaine bubrenorfiinin ohella. Amfetamiinin johdos on metamfetamiini, jota käytetään oraalisesti, nuuskaamalla, suonensisäisesti tai hydrokloridimuodossa polttamalla. Metamfetamiini vaikuttaa amfetamiinin tavoin keskushermostoon ja aiheuttaa voimakkaampaa riippuvuutta kuin amfetamiini. (Käypähoitosuositus 2006.)

Kokaiinia voidaan käyttää suonensisäisesti, nuuskaamalla tai oraalisesti. Kokaiinin johdos on crack, jota poltetaan savukkeena tai vesipiipusta. Stimulantteihin luetaan myös esimerkiksi ekstaasi, jonka vaikuttavana aineena on MDMA eli 3,4-metyleenidioksimetamfetamiini. (Käypähoitosuositus 2006.)

Euroopan aikuisväestöstä (15-64-vuotiaat) arviolta 11 miljoonaa ihmistä on käyttänyt amfetamiinia ainakin kerran elämässään. Viimeksi kuluneen vuoden aikana amfetamiineja on käyttänyt arviolta 2 miljoonaa aikuisväestöön kuuluvaa henkilöä. Vuonna 2005 Suomessa arvioitiin olevan 12 000- 22 000 amfetamiinin ongelmakäyttäjää eli amfetamiinia pitkäaikaisesti/säännöllisesti tai suonensisäisesti käyttävää henkilöä. Ekstaasin käyttöä on esiintynyt vastaavasti aikuisväestön elämän aikana 9,5 miljoonalla henkilöllä ja viimeksi kuluneen vuoden aikana ekstaasin käyttöä on ollut 2,6 miljoonalla henkilöllä Euroopan aikuisväestöstä. (Euroopan huumausaineiden ja niiden väärinkäytön seurantakeskus 2008.)

Kokaiinin käyttö Euroopan maissa on lisääntymässä. Euroopan aikuisväestöstä (15-64 vuotiaat) arviolta 12 miljoonaa henkilöä on käyttänyt kokaiinia ainakin kerran elämässään. Viimeksi kuluneen vuoden aikana kokaiinia on käyttänyt aikuisväestöstä 4 miljoonaa henkilöä. Euroopan aikuisväestöstä noin 2 miljoonaa henkilöä on käyttänyt kokaiinia kuluneen kuukauden aikana. (Euroopan huumausaineiden ja niiden väärinkäytön seurantakeskus 2008.)

Stimulanttien aiheuttamat vieroitusoireet voivat olla vaikeita liittämään päihteen vieroitusoireeksi. Vieroitusoireita sekä amfetamiinin että kokaiinin lopettamisen yhteydessä voivat olla unen häiriöt, levottomuus, ahdistuneisuus, sydämen tykytykset, väsymys ja erilaiset fyysiset oireet. Masennusta saattaa vieroitusvaiheessa tulla esille ja huomioitavaa on itsemurhariski. Vieroitusoireet voivat kestää viikkoja ja lääkahoitona vieroitusoireisiin on oireiden mukainen hoito. (Käypähoitosuositus 2006.)

4.7 Opioidit

Opioidien käyttöön liittyy nopeasti kasvava toleranssi ja opioidiriippuvuuden kehittyttyä käyttö muuttuu nopeasti euforisen tilan saamisesta vieroitusoireita ehkäiseväksi käytöksi. Opioideja käytetään pääasiallisesti suonensisäisesti. Opioideja on nopea vaikutteisia (heroiini, morfiini, fentanyl, dekstropropoksifeeni) ja hitaampi vaikutteisia opioideja (kodeiini, metadoni, oksikodoni, tramadoli, oopiumi, ja bubrenorfiini). Yleisimmin näistä käytetään bubrenorfiinia. (Käypähoitosuositus 2006.)

Opioidien ongelmakäyttäjien määrää koskevat arviot Euroopassa ovat epävarmoja opioidien käytön levinneisyyden ollessa pientä. Opioidien ongelmakäyttö jää usein piiloon. Arvioita

opioidien ongelmakäytöstä on koottu maittain. Suomessa on arvioitu olevan noin 1 opioidien ongelmakäyttäjää tuhatta 15-64 vuotiasta kohtaan. Yleisesti tämä luku on Euroopassa yhden ja kuuden välillä. Opioidien käyttäjistä 43 prosenttia ilmoitti injektoineensa huumetta hakeutuessaan hoitoon päihteiden käytön vuoksi. (Euroopan huumausaineiden ja niiden väärinkäytön seurantakeskus 2008.)

Opioidien käytön lopettamiseen liittyy fyysisiä ja psyykkisiä vieroitusoireita. Vieroitusoireet ilmaantuvat lyhytvaikutteisissa opioideissa jo muutaman tunnin kuluttua käytön lopettamisesta. Pahimmillaan vieroitusoireet lyhytvaikutteisissa eli nopeavaikutteisissa opioideissa ovat 30-72 tunnin kuluessa, vieroitusoireet kestävät 7-10 vuorokautta. Kodeiinin käyttäjillä vieroitusoireet ilmenevät hitaammin ja kestävät noin 2 viikkoa. Bubrenorfiinin käyttäjillä vieroitusoireet alkavat 1-3 vuorokauden kuluttua käytön lopettamisesta ja vieroitusoireet kestävät noin 3-4 viikkoa. (Käypähoitosuositus 2006.)

Opioidien lopettamiseen liittyviä vieroitusoireita ovat ahdistuneisuus, levottomuus, kipu, särky, vapina, oksentelu, kouristelu, kuume ja ripulointi. Vieroitusoireita voidaan hoitaa opioidiagonisteilla (metadoni ja bubrenorfiini) ja/tai antiadrenergisillä lääkkeillä kuten lofeksidiini, joka erityisluvalla Suomessa on käytössä. (Käypähoitosuositus 2006.)

4.8 Hallusinogeenit

Hallusinogeeneihin lukeutuu useita eri aineita, jotka ovat valmistettu joko kasveista tai synteettisesti. Nämä hallusinogeeneiksi kutsutut aineet aiheuttavat erilaisia aistivääristymiä sekä ajatushäiriöitä. Hallusinogeenejä ovat LSD eli lysergihapon dietyyliamidi, psilosiini eli sienimyrkky, meskaliini, dimetyylitryptamiini eli DMT sekä fensyklidiini eli PCP.

Hallusinogeenien lopettamiseen liittyvät vieroitusoireet vaihtelevat käytetyn hallusinogeenin mukaan. Hallusinogeenien toksisuus vaihtelee aineen mukaan. Huumepikatesteistä useimmat eivät osoita hallusinogeenien käyttöä. Fyysiset vieroitusoireet ovat vähäisiä sillä hallusinogeenit eivät aiheuta fyysistä riippuvuutta. Hallusinogeenien käytön lopettamiseen liittyvinä vieroitusoireina voi esiintyä levottomuutta, rauhattomuutta, pelkotiloja, masentuneisuutta, unihäiriöitä ja väsymystä. Vieroitusoireita voidaan hoitaa bentsodiatsepiineilla ja pienannosneurolepteilla. (Käypähoitosuositus 2006.)

4.9 Huumausaineisiin liittyvät sairaudet ja komplikaatiot

Huumausaineiden käyttöön liittyvät sairaudet ja komplikaatiot johtuvat päihteen käyttötavasta tai itse päihteen käytöstä (Käypähoitosuositus 2006.). Seuraavissa kappaleissa

ovat eriteltyinä kannabis, stimulantit (mm. Amfetamiini ja kokaiini) sekä opioidit ja näihin päihteisiin liittyviä sairauksia sekä komplikaatioita.

Kannabiksen käyttöön liittyvänä saattaa käyttäjällä esiintyä äkillistä sekavuustilaa. Suurien annosten käytössä tai käyttäjän ollessa tottumaton saattaa esiintyä psykoottisia häiriöitä ja paniikkireaktioita. Kroonisessa käytössä psyykkisiä vaikutuksia kannabiksen käyttäjällä voivat olla heikentynyt oppimiskyky, persoonallisuuden muutokset, amotivaatio-oireyhtymä tai skitsofrenia. Somaattisia komplikaatioita kroonisella kannabiksen käyttäjällä voivat olla keuhkotulehdukset, keuhkonlaajentuma, heikentynyt libido, heikentynyt hedelmällisyys sekä immunitetin häiriöt. Syöpäriskin on todettu lisääntyvän. Raskaana olevan naisen kohdalla sikiön kasvuhäiriö saattaa olla somaattinen löydös. (Käypähoitosuositus 2006.)

Amfetamiinin, kokaiinin tai muun stimulantin käyttöön liittyvinä sairauksina saattaa käyttäjällä ilmetä psykoosi tai delirium. Somaattisina sairauksina ja oireina saattaa krooniseen käyttöön liittyen olla laihtumista ja unettomuutta. Epileptisiä kohtauksia, aivoverenvuotoa, aivoatrofiaa sekä koomaan johtavaa kuumetta ja sympatomimeettistä ylikuormittumista tavataan suurien annosten käytön yhteydessä. Suonensisäiseen käyttöön liittyvinä sairauksina saattaa esiintyä verisuonitukoksia, imusuonitulehduksia, märkäpesäkkeitä, endokardiittia sekä maksatulehduksia eli c- ja b hepatiittia. Kokaiinin nuuskaamiseen saattaa liittyä nuha, nenän väliseinän kuolio sekä keuhkotulehduksia. (Käypähoitosuositus 2006.)

Opioidien käyttäjällä akuutti myrkytystila voi syntyä käytettäessä heroiniä tai metadonia yksittäin. Akuutti myrkytystila syntyy buprenorfiinin käyttäjälle yhdessä käytetyn alkoholin ja/tai bentsodiatsepiinien kanssa. Myrkytystilan oireena on hengityslama ja verenpaineen lasku. Somaattisina sairauksina opioidien käyttäjällä voi olla liittyen suonensisäiseen käyttöön verisuonitukoksia, imusuonitukoksia, märkäpesäkkeitä, maksatulehduksia sekä endokardiittia. Heroiinin polttamalla käyttöön saattaa liittyä keuhkotulehduksia. (Käypähoitosuositus 2006.)

5 Anestesia ja päihteitä käyttävä potilas

Päihteitä käyttävä potilas tulee tunnistaa, sillä päihteillä on vaikutusta anestesiamuodon ja aineiden valitsemiseen. Päihteiden käytön havaitseminen ei ole useinkaan mahdollista ulkoisen habituksen perusteella. Ilman alkoholihumalaa sekavasti käyttäytyvä potilas voi olla muiden päihteiden vaikutuksen alaisena. Huume seulontatestit ovat hyödyllisiä käyttäen päihteiden käytön selvittämiseksi. Yleisesti päihteiden käyttäjät sietävät yleisanestesiaa hyvin, anesteettien pitoisuus tulee kuitenkin sovittaa potilaan vasteen mukaan. Tarve

anesteetteihin saattaa päihteitä käyttävällä potilaalla olla pienentynyt tai suurentunut riippuen heikosta yleiskunnosta tai päihteiden vaikutuksen alaisena olemisesta anestesian aikana. (Valli 2006, 797-798.)

Etanoli on päihteistä tavanomaisimpiin kuuluva. Alkoholin runsas käyttö aiheuttaa toleranssin kasvua useisiin sedatiivisiin lääkkeisiin ja esimerkiksi bentsodiatsipiinien annos saattaa alkoholia käyttävällä potilaalla olla suurempi kuin alkoholia käyttämättömällä potilaalla. Toisaalta lääkkeiden tarve voi olla pienempi humalatilan aikana. Anestesiaa suunniteltaessa on huomioitava, että alkoholi lisää mahan sisällön happamuutta ja määrää. Oksennusrefleksi ja aspiraation riski ovat suuremmat päihtyneellä potilaalla. Alkoholin runsas käyttö voi aiheuttaa maksavaurioita ja vaikuttaa veren hyytymistekijöihin. Alkoholin runsas käyttö voi aiheuttaa hypoglykemiaa, hypovoleemisuutta ja erilaisia neste- ja elektrolyyttihäiriöitä. Alkoholia käyttäneillä potilailla myös ketoasidoosi, sepsis ja B1-vitamiinin puute voivat olla ongelmina. Alkoholin käytön lopettamiseen liittyvä epileptinen kouristelu on tavanomainen löydös ensihoitotilanteissa. Anestesian aikana esiintyviä vieroitusoireita hoidetaan ensisijaisesti diatsepaamilla ja tarvittaessa haloperidolilla. (Valli 2006, 803-804.)

6 Tutkimuksen tarkoitus ja tutkimustehtävät

Tutkimuksen tarkoituksena on kuvailla sairaanhoitajien kokemuksia päihdepotilaasta, päihdepotilaan kohtaamisesta ja hoitamisesta sekä tuoda esille hoitotyön eettisiä kysymyksiä päihdepotilaan hoitamisessa. Tutkimuksen tavoitteena on kirurgisen päihdepotilaan hoitotyön kehittäminen.

Tutkimustehtävät:

1. Miten hoitajat määrittelevät päihdepotilaan?
2. Minkälaisia ovat hoitajien kokemukset päihdepotilaan hoitamisesta kirurgisella vuodeosastolla?
3. Miten hoitotyön etiikka näkyy päihdepotilaan kohtaamisessa?

7 Tutkimuksen empiirinen toteutus

Kvalitatiivinen tutkimus eli laadullinen tutkimus on tyypiltään empiiristä. Tällä tarkoitetaan teoriapitoista havainnointia. Havainnoinnin pohjalla on teoria. Kvalitatiivisessa tutkimuksessa yksilön käsitys tutkittavasta ilmiöstä ja yksilön antamat merkitykset ilmiölle vaikuttavat

tutkimuksen tulokseen. Teoreettinen viitekehys eli tutkimuksen teoria muodostuu keskeisistä käsitteistä ja käsitteiden välisistä merkityksistä. (Tuomi & Sarajärvi 2009, 17-22.)

Käytin tutkimuksessa kvalitatiivista tutkimusta aihepiirin kerronnallisuuden vuoksi. Kvalitatiivisella tutkimuksella tässä tutkimuksessa saavutettiin kerronnallinen ote ja päihdepotilaasta ja päihdepotilaan hoitotyöhön liittyvistä asioista saatiin monisanaista tietoa.

7.1 Tutkimuksen kohderyhmä

Hyvinkään sairaalan kirurgisella vuodeosastolla työskentelee hoitohenkilöstönä sairaanhoitajia ja lähihoitajia. Sairaanhoitajien osuus työntekijöistä on tällä hetkellä suurempi kuin lähihoitajien osuus hoitajien kokonaismäärästä.

Haastattelin tutkimuksessani Hyvinkään sairaalan kirurgisen vuodeosaston sairaanhoitajia. Haastatteluun oli tarkoitus osallistua 5-10 sairaanhoitajaa, soluista 1 ja 2. Hyvinkään sairaalan kirurginen vuodeosasto on jaettu kahteen eri moduuliin. Tutkimus toteutettiin moduulissa 1 ja tämän soluissa 1 ja 2. (Agge 2011.)

Solussa 1 potilaspaikkoja on 20. 1 solussa hoidetaan ensisijaisesti urologisia ja gastroenterologisia potilaita. Solussa 2 potilaspaikkoja on 21. 2 solussa hoidetaan ensisijaisesti gastroenterologisia potilaita, joille on tehty suuria vatsan operaatioita sekä gastroenterologisia syöpäpotilaita. 2. solussa hoidetaan myös KNK ja kilpirauhasleikatut potilaat. Potilaat tulevat osastolle pääasiallisesti joko LEIKO:n tai päivystyksen kautta. (Agge 2011.)

Sairaanhoitajien ja perushoitajien työtehtäviä kirurgisella vuodeosastolla solussa 1 on jaettu niin, että sairaanhoitajat vastaavat erityisesti suonensisäisestä lääkityksestä kuten antibiootit ja elektrolyyttilisäykset sekä verituotteiden suonensisäinen anto potilaalle. Päivittäisiin rutiineihin osastolla kuuluu kirurgien kanssa tehty lääkärintkierto, sairaanhoitajat osallistuvat kiertoon. Muutoin päivittäiseen hoitotyöhön, potilaiden heräämöstä hakemisiin ja kirjalliseen sekä suulliseen raportointiin ja lääkärin määräysten vastaanottoon ja toteutukseen osaston perus- ja lähihoitajat osallistuvat sairaanhoitajien kanssa. Päivittäisiä kirurgisen potilaan hoitorutiineja osastolla ovat verenpaineen mittaaminen, lämmön seuranta, vatsan toiminnan seuranta, happisaturaation seuranta sekä leikkaushaavan ja sidosten seuranta. Kivun arviointi ja kivunhoito ovat keskeisiä työtehtäviä sekä sairaanhoitajilla että perus- ja lähihoitajilla. Lisäksi pahoinvointia seurataan ja nestetasapainosta huolehditaan. Potilaan hoito on yksilöllistä ja näin kunkin potilaan tarvitsema hoito sekä voimien seuranta on yksilöllistä. (Agge 2011.)

Haastatteluun osallistui seitsemän (N=7) sairaanhoitajaa. He olivat iältään 27-61-vuotiaita. Ammattikorkeakoulusta valmistuneita heistä oli kaksi ja viisi oli opistoasteen sairaanhoitajia. Työkokemus vaihteli kirurgisella vuodeosastolla 1 ja 34 vuoden välillä. Psykiatrisesta hoitotyöstä työkokemusta oli yhdellä sairaanhoitajalla parin vuoden ajalta, muutoin haastatellut sairaanhoitajat kertoivat omaavansa kokemusta psykiatrisesta hoitotyöstä opiskelujen harjoittelun kautta noin parin kuukauden mittaiselta ajalta.

7.2 Tutkimuksen aineistonkeruu

Laadullisen tutkimuksen aineistonkeruumenetelmissä haastattelu, havainnointi ja erilaisiin dokumentteihin perustuvat tiedot ovat yleisimpiä. Näitä aineistonkeruumenetelmiä voidaan käyttää myös määrällisessä tutkimuksessa. (Tuomi & Sarajärvi 2009, 71.)

Haastattelun ideana on selvittää ja saada tietoa tutkittavasta ilmiöstä kysymällä ihmiseltä itseltään hänen ajatuksistaan ja toimintamalleistaan. Haastattelu ja kysely ovat käsitteinä samankaltaisia. Kyselyn ja haastattelun ero on siinä, että kysely on usein lomakkeenomainen ja vastaaja voi täyttää kyselyn itsenäisesti. Haastattelussa haastatteli esittää suullisessa muodossa kysymykset ja kirjoittaa vastaajan eli tiedonantajan vastaukset muistiin. (Tuomi & Sarajärvi 2009, 72-73.)

Haastattelu on joustava tapa kerätä tietoa mahdollisimman paljon asiasta, josta tietoa tahdotaan saada. Haastatteli voi kysyä kysymykset aiheelliseksi katsomassaan järjestyksessä ja toimia havainnoijana miten tiedonantajana toimiva henkilö asian esille tuo. Haastatteluun voidaan valita henkilöt, joilla on eniten tietoa tai kokemusta tutkittavasta ilmiöstä. (Tuomi & Sarajärvi 2009, 73-74.)

Teemahaastattelu on puolistrukturoitu haastattelu. Teemahaastattelussa on etukäteen valitut teemat, joiden mukaan haastattelussa edetään esittäen tarkentavia kysymyksiä. Teemahaastattelun pyrkimyksenä on löytää merkityksellisiä vastauksia tutkimuksen tarkoituksen, ongelmanasettelun tai tutkimustehtävän mukaan ja kysymykset suhteutetaan tutkimuksen viitekehykseen eli teoriaan. Teemahaastattelussa kysymykset ovat puoliavoimia ja harvoissa erityistapauksissa voidaan käyttää myös avoimia kysymyksiä. Teemahaastattelussa korostetaan henkilön tulkintoja asiasta sekä henkilön antamia merkityksiä asiasta. (Tuomi & Sarajärvi 2009, 74-77.)

Tutkimuksessani käytin aineistonkeruumenetelmänä teemahaastattelua. Haastattelut suoritin yksilöhaastatteluina aiheen arkaluontoisuuden takia ja tutkimuksen luotettavuuden

takaamisen vuoksi. Tutkimuksen teemahaastattelurunko (liite 3) oli jaettu kolmeen eri teemaan. Teema 1 tarkoituksena oli tuoda esille miten hoitajat määrittelevät päihdepotilaan. Teema 2 tarkoituksena oli kartoittaa hoitajien kokemuksia päihdepotilaan kohtaamisesta osastolla. Teema 3 tarkoituksena oli nostaa esille hoitotyön eettistä näkökulmaa päihdepotilaan hoitamisessa.

Ennen haastattelujen aloittamista suoritin teemahaastattelurungon testaamista kahden loppuvaiheen sairaanhoitajaopiskelijan avulla. Ensimmäisen opiskelijan avulla kävin läpi teemahaastattelurunkoa ja apukysymysten asettelua. Opiskelija pohti kysymysteni ymmärrettävyyttä ja selkeyttä sekä peilasi haastattelurungon teemoja sekä kysymyksiä tutkimukseni tutkimuskysymyksiin ja teoriaan. Tämän pohjalta suoritin pilotointihaastattelun toiselle opiskelijalle, jolla on hieman kokemusta kirurgisella vuodeosastolla työskentelystä ja hän tietää potilasaineistosta osastolla sekä omaa kokemusta päihdepotilaasta kirurgisella vuodeosastolla. Tähän haastatteluun varasin varsinaista haastattelua vastaavan tilanteen. Kysymysten asettelua, teemoista toiseen siirtymistä ja lisäkysymysten esittämistä harjoittelin haastattelun edetessä. Tarkkailin haastattelun aikana kysymysten asettelua sekä tutkimuskysymyksiin vastaavuutta. Mielestäni haastattelu eteni loogisesti ja vastasi asetettuihin teemoihin ja tätä kautta tutkimuskysymyksiin löytyi kysymysten avulla vastaukset. Pilotointihaastatteluun meni aikaa 35 minuuttia henkilöltä, joka ei ole ollut osastolla päivittäin töissä. Kysymysten asettelu oli haastateltavan mielestä ymmärrettävää ja haastattelu tilanteena luonteva. Haastattelun aikana teemojen lisäksi ei tässä haastattelussa löytynyt uusia esille nostettavia merkittäviä asioita. En nauhoittanut haastattelua, mutta haastattelu oli tarpeellinen luontevan haastattelutavan löytämiseksi sekä kysymysten pohtimiseksi vielä uudelleen.

Tutkimukseni teemahaastatteluihin osallistui seitsemän (N=7) osastolla työskentelevää sairaanhoitajaa. Haastattelutilana käytin kirurgisen vuodeosaston neuvotteluhuonetta sekä yhtä osaston toimenpidehuonetta. Haastattelut toteutin osastolla 5.3.2012-16.3.2012 välisenä aikana. Sairaanhoitajat saivat haastatteluja ennen sähköpostitse osastonhoitajalta saatekirjeen (Liite 4). Sairaanhoitajat valikoituivat haastatteluun työvuorojen ja oman halukkuutensa mukaan. Haastattelut nauhoitin koulusta lainatulla nauhurilla. Haastattelut sujuivat häiriöttömästi ja sujuvasti. Haastateltavat olivat sovittuna ajankohtana paikalla ja haastattelut sujuiivat ennakolta sovitussa aikataulussaan. Haastatteluun käytetty tila vastasi tarkoitustaan ja antoi haastattelurauhan. Toimenpidehuone oli tilana ahdas, mutta haastattelut saatiin toteutettua tästä huolimatta.

7.3 Tutkimusaineiston analyysi

Sisällönanalyysilla tarkoitetaan sisällön erittelyä. Sisällönanalyysi voi olla joko induktiivista tai deduktiivista. Induktiivinen sisällönanalyysi on aineistolähtöinen sisällönanalyysi. Induktiivisessa sisällönanalyysissä on kolme vaihetta eli aineiston pelkistäminen, aineiston ryhmittely ja teoreettisten käsitteiden luominen. Deduktiivinen sisällönanalyysi on teorialähtöinen sisällönanalyysi, jossa aineiston analyysi perustuu aiempaan viitekehykseen eli teoriaan. (Tuomi & Sarajärvi 2009, 107-113.)

Sisällönanalyysiä käytetään laadullisen eli kvalitatiivisen tutkimuksen analyysimenetelmänä sekä määrällisen eli kvantitatiivisen tutkimuksen avointen vastausten analysointiin. Sisällönanalyysi on menettelytapa, jonka avulla voidaan analysoida systemaattisesti ja objektiivisesti dokumentteja. Sisällönanalyysin avulla kuvataan tutkittavaa ilmiötä ja tästä voidaan sisällönanalyysin avulla muodostaa tutkittavasta ilmiöstä kategorioita, käsitteitä, käsitejärjestelmä, käsitekartta - tai malli. Käsitejärjestelmä, kartta - tai malli tarkoittavat kokonaisuutta, joka esitetään käsitteet, niiden hierarkian sekä mahdolliset suhteet kokonaisuutena. Onnistuakseen sisällönanalyysi edellyttää tutkijalta kykyä pelkistää aineistoa ja muodostaa tutkittavasta ilmiöstä luotettavasti kuvattavat käsitteet. (Kyngäs, Elo, Pölkki, Kääriäinen & Kanste 2011, 139.; Kyngäs & Vanhanen 1999, 4-5.)

Induktiivinen eli aineistosta lähtevä analyysiprosessi voidaan kuvata aineiston pelkistämisenä, ryhmittelynä sekä abstrahointina eli käsitteellistämisenä. Pelkistämällä aineistosta koodataan tutkimustehtävään liittyviä ilmaisuja. Aineiston ryhmittelyssä yhdistetään pelkistettyjä ilmaisuja yhteenkuuluvuuden mukaisesti ja abstrahoinnissa muodostetaan yleiskäsitteiden mukaan kuvausta tutkimuskohteesta. (Kyngäs & Vanhanen 1999, 5-6). Induktiivinen sisällönanalyysi koostuu vaiheista seuraavanlaisesti: Haastattelujen kuunteleminen sekä aukikirjoitus sananmukaisesti, haastattelujen lukeminen ja haastatteluihin perehtyminen, pelkistettyjen ilmaisujen etsiminen ja listaaminen. Pelkistetyistä ilmaisuista etsitään samankaltaisuuksia ja eroavaisuuksia, tämän jälkeen suoritetaan pelkistettyjen ilmausten yhdistäminen ja alaluokkien muodostaminen. Tämän vaiheen jälkeen tehdään alaluokkien yhdistäminen ja yläluokkien muodostaminen saatujen alaluokkien perusteella. Lopuksi tehdään saatujen yläluokkien kokoaminen ja kokoava käsitteen muodostus. (Tuomi & Sarajärvi 2009, 109.)

Tässä tutkimuksessa teemahaastattelun avulla suoritettut haastattelut tuottivat nauhoitettua materiaalia yhteensä 3 tuntia 54 minuuttia ja 47 sekuntia. Litteroitua tekstiä nauhoitetusta

tekstistä tuli yhteensä 71 sivua käyttäen kirjasin kokoa 11 ja riviväliä 1,5. Litteroinnin aikana aloitin aineiston analyysin ja pohdiskelun. Litteroituani tekstin luin materiaalin useita kertoja läpi ja aloin etsiä tekstistä alkuperäisilmauksia liittyen kuhunkin teemaan. Ryhmittelin samaa tarkoittavia ilmauksia jo tässä vaiheessa omien otsikointien alle. Näistä otsikoinneista syntyi myöhemmin omia alaotsikoita teemojen alle. Alkuperäisilmauksien etsimisen jälkeen tein alkuperäisilmauksista pelkistyskäsitteitä ja jatkoin luokittelua samaa tarkoittaviin ilmauksiin teemojen sisällä. Pelkistysvaiheessa tein havaintoja toisiin teemoihin kuuluvista ilmauksista ja siirsin ilmauksia oikeiden teemojen alle. Pelkistyskäsitteiden jälkeen tein pelkistetyistä ilmauksista alaluokkia ja tämän jälkeen jatkoin tekemällä alaluokista yläluokkia. Yläluokkia kaikista teemoista yhteensä syntyi 65.

Lyhennetty esimerkki teemasta 1, analyysin vaiheet:

alkuperäisilmaus	pelkistys
<i>"ajattelen tietenkin, että alkoholin suurkuluttaja ja huumeapotilas, mutta joskus kyllä määritellään lääkkeiden väärinkäyttäjää myös päihdepotilaaks jonkun määritelmän mukaan. Mutta tota mä määrittäisin meillä sen päihdepotilaan kylläkin alkoholin ja huumeiden käyttäjäksi."</i>	Päihdepotilas on alkoholin suurkuluttaja, huumeapotilas, joskus lääkkeiden väärinkäyttäjää. Osastolla alkoholin ja huumeiden käyttäjää.
<i>"päihdepotilas on semmonen potilas, jolla on alkoholia veressä kun tulee osastolle. Tai huumeita."</i>	Potilas, jolla on alkoholia tai huumeita veressä osastolle tullessa.

pelkistys	alaluokka
<i>Päihdepotilas on alkoholin suurkuluttaja, huumeapotilas, joskus lääkkeiden väärinkäyttäjä. Osastolla alkoholin ja huumeiden käyttäjä.</i>	Alkoholin käyttäjä, lääkkeiden väärinkäyttäjä sekä huumausaineiden käyttäjä
<i>Potilas, jolla on alkoholia tai huumeita veressä osastolle tullessa.</i>	alkoholin ja huumeiden väärinkäyttäjä

alaluokka	yläluokka
-Alkoholin käyttäjä, lääkkeiden väärinkäyttäjä sekä huumausaineiden käyttäjä -alkoholin ja huumeiden väärinkäyttäjä	<u>useiden päihteiden väärinkäyttäjä</u>

7.4 Tutkimusprosessin luotettavuus

Kvalitatiivisen tutkimuksen luotettavuutta voidaan tarkastella uskottavuuden, siirrettävyyden, riippuvuuden ja vahvistettavuuden kautta. Uskottavuudella tarkoitetaan tutkimuksen tulosten esittämistä niin, että tulokset kuvataan selkeästi. Selkeydellä tarkoitetaan sitä, että analyysin teko voidaan ymmärtää ja tutkimuksen vahvuudet ja rajoituksen ovat esitettyinä. Aineiston ja tulosten suhteen kuvaaminen nähdään luotettavuuskysymyksenä. Tutkijan on kuvattava analyysi mahdollisimman tarkasti vaiheittain. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2010, 160.)

Kvalitatiivista tutkimusta voidaan arvioida myös kuvauksen elävyyden, metodologisen sopivuuden, analyttisen täsmällisyyden ja teoreettisen loogisuuden kautta. Kuvauksen elävyys tarkoittaa sitä, että tutkija kuvaa mahdollisimman tarkasti ja elävästi todellisuuden. Metodologisella sopivuudella tarkoitetaan tutkijan tietoisuutta metodologisesta lähestymistavasta tutkimuksessaan sekä tietoa metateorioista tutkimuksessaan, eli tietoisuutta siitä, soveltuuko valittu menetelmä tutkittavaan ilmiöön. Analyttisellä täsmällisyydellä tarkoitetaan analyysi-

prosessin selkeyttä sekä kategorioiden ja luokittelujen loogista esille tuontia. Teoreettisella loogisuudella tarkoitetaan perusteltua ja loogista kokonaisuutta joka muodostuu tutkimuksen teoreettisesta ja käsitteellisestä kokonaisuudesta. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2010, 161-163.)

Oma tutkimukseni oli luotettava. Tutkimuksen toistettavuuden takaa teemoittainen haastattelukysymysten olemassa olo. Sairaanhoidajia oli haastateltavana ilmiön kuvaamista varten tarpeenmukainen määrä. Haastattelut suoritin yksilöhaastatteluna, jotta tutkimuskysymyksiin oli mahdollisuus vastata luotettavasti oman näkemykseni mukaan aiheen ollessa arkaluontoinen ja koskiessa sairaanhoidajien omaa ammatillista osaamista ja omia kokemuksia hoitotyöstä päihdepotilaan hoitajana.

8 Tutkimuseettiset kysymykset

Hoitotieteellisen tutkimuksen eettisten ohjeiden pohjalta eettisesti hyvä tutkimus koostuu seuraavista tekijöistä: Tutkittavien autonomian kunnioitus eli tutkittavat osallistuvat tutkimukseen tietoisesti. Tutkijan tulee määritellä mahdolliset negatiiviset vaikutukset tutkimukseen osallistumisesta. Tutkijan tehtävänä on kuitenkin minimoida mahdolliset tutkimuksesta aiheutuvat haitat. Tutkijan tehtävänä on ymmärtää erilaisia persoonallisuuksia. Tutkijan tehtävänä on varmistaa, että kaikki tutkimukseen osallistuvat ovat samanarvoisia ajatellen tutkimuksen hyötyjä sekä haittoja. Tutkijan tehtävänä on suojella tutkittavien yksityisyyttä sekä anonymiteettiä. Tutkimuksen eettisyyden tarkastelu jokaisessa tutkimuksen vaiheessa kuuluu tutkijan tehtäviin. Mahdolliset, havaitut tai oletetut virheet tutkimuksessa tulee raportoida asianmukaisesti. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2010, 176.)

Tutkimukseni oli eettisesti kestävä. Haastatteluun osallistuminen oli sairaanhoidajille vapaaehtoista ja haastattelun sai keskeyttää itse niin tahtoeensa missä vaiheessa tahansa. Haastatteluiden litteroinnissa otin huomioon muun muassa kielellisen tunnistettavuuden. Vaikka alkuperäisilmaukset näkyvät tässä työssä puhekielestä kirjoitettuna, niin poistin lainauksista kielelliset tunnisteet, kuitenkin varoen muuttamasta alkuperäisilmauksen tarkoitusta. Tutkimukseni ei ollut haitallinen hoitohenkilöstölle, sillä tavoitteena oli kehittää hoitotyötä. Hain tutkimuslupaa tutkimukselle HUS:n ohjeiden mukaisesti ja haastattelut aloitin tutkimuslupan saannin jälkeen.

9 Tulokset

Tulokset esitän tässä tutkimuksessa kirjoitetussa muodossa ja kvalitatiiviselle tutkimukselle ominainen kerronnallisuus on pyritty säilyttämään myös tulosten esittelyssä. Tulokset ovat

sairaanhoitajien haastatteluissa esille tuomia ajatuksia ja nämä ajatukset olen pyrkinyt mahdollisimman hyvin esiin tuomaan ja analysoimaan tarkan luokittelun ja tarkastelun jälkeenkin. Käytän tulosten ilmaisussa suoria lainauksia eli alkuperäisilmauksia. Teemat ohjasivat haastatteluja teemahaastattelurungon muodossa, mutta tuloksissa nousi esille myös teemojen ulkopuolisia aiheita ja asioita.

9.1 Päihdepotilaan määrittely

Sairaanhoitajat määrittelivät päihdepotilasta osastolla oman kokemuksensa mukaan. Päihdepotilasta pohdittiin oman solun potilaiden kautta, mutta joissain haastatteluissa sairaanhoitajat kertoivat myös osaston muiden solujen päihdepotilaista. Tuloksissa otettiin huomioon sairaanhoitajien omasta työstä kertomat määritelmät. Määritelmät ovat kappaleen lopussa esitetty nimettyjen yläluokkien mukaan (kuvio1).

Sairaanhoitajat määrittelivät päihdepotilaaksi potilaan, jolla oli alkoholin suurkulutusta eli ongelmakäyttöä, huumausaineiden käyttäjän sekä lääkkeiden väärinkäyttäjän. Päihdepotilaana nähtiin potilas, jolla oli osastolle saapuessaan alkoholia tai huumausaineita veressään, mutta myös yleisesti potilas, jolla oli yleisesti ongelmia määriteltävissä olevien päihteiden kanssa.

”Ajattelen tietenkin, että alkoholin suurkuluttaja ja huumeapotilas, mutta joskus kyllä määritellään lääkkeiden väärinkäyttäjää myös päihdepotilaaks jonkun määritelmän mukaan. Mutta tota mä määrittelin meillä sen päihdepotilaan kylläkin alkoholin ja huumeiden käyttäjäksi.”

”Päihdepotilas on semmonen potilas, jolla on alkoholia veressä kun tulee osastolle. Tai huumeita.”

”...varmaan semmonen, jolla on jotain ongelmia päihteiden kanssa. alkoholi, lääkkeet, huumeet.”

Sairaanhoitajat toivat esille haastatteluissa lääkkeiden väärinkäyttäjien olevan kasvava potilasryhmä osastolla. Lääkkeiden väärinkäytöstä puhuttaessa sairaanhoitajat määrittelivät lääkkeiden väärinkäyttäjän käyttävän esimerkiksi opioideja päihtymys tarkoituksessa. Toisaalta haastatteluissa tuotiin esille kaikkien lääkkeiden, joilla oli vaikutusta päätä sekoittavalla tavalla väärin annosteltuna, olevan päihdepotilaan käytössä joko alkoholin kanssa tai ilman alkoholia.

”Päihdepotilas voi olla joko alkoholin tai lääkkeiden väärinkäyttäjä. Et ihan yhtälailla niitä. Nykyään enenevässä määrin on näitä lääkkeiden väärinkäyttäjiä, niinku opioideja semmosia.”

”Meidän osastolla ainakin lähinnä alkoholin suurkuluttajat on päihdepotilaita. ja sitte aina enenevästi nää lääkkeiden sekakäyttäjät, joita tulee nykyvuosina aina vaan enempi ja enempi...siis ihan kaikki menee, mikä vaan saa pään sekaisin... kyllä alko ja lääkkeet ja pelkät lääkkeet. ”

Huumausaineiden käyttäjiä sairaanhoitajat määrittivät olevan enemmänkin ortopedisellä puolella osastoa (solut 3 ja 4), kuin soluissa joissa hoidetaan gastrokirurgisia potilaita. Huumausaineiden käyttäjät kuitenkin määriteltiin päihdepotilaaksi osastolla.

”No yleensä ne ite kertoo että ne käyttää alkoholia reippaita määriä. Ei ehkä itse miellä niinku suurkulutukseksi, mutta kyllähän niistä määristä silmä määräisesti näkee, että kyllä sitä menee päivittäin ja isoja määriä... Kyllähän meillä huumeidenkäyttäjiäkin on jonkun verran. Ja sitte lääkkeiden väärinkäyttäjiä. Mut ei tässä meidän päässä, että enemmän tuolla nelossolussa on nää huumepuolen ihmiset.”

Vaikka alkoholin suurkuluttaja mielletään osastolla esiintyvistä päihdepotilaista suurimmaksi ryhmäksi, niin sairaanhoitajat toivat esille myös tupakan päihteenä puhuttaessa päihdepotilaista osastolla. Tupakoitsijat erosivat muista päihteen käyttäjistä osastolla sillä tavoin, että he käyttivät tupakkaa avoimesti ja tietävästi myös sairaalassa ollessaan. Entiset narkomaanit eli henkilöt, jotka ovat elämänsä aikana käyttäneet huumausaineita, mutta vieroittautuneet huumausaineista ja lopettaneet käytön, mainittiin myös päihdepotilaana haastatteluis- ta saadussa materiaalissa.

”...alkoholi tietysti on se yleisin. Mä en tiedä luetaanko tupakka tässä päihteisiin. no sitähan jotkut kuitenkin käyttää sairaalassa oloaikanaan. ja tietysti jonkun verran huumeiden käyttäjiä... suurin osa on semmosii, jotka on joskus käyttänyt, mutta ei enää sillä hetkellä.”

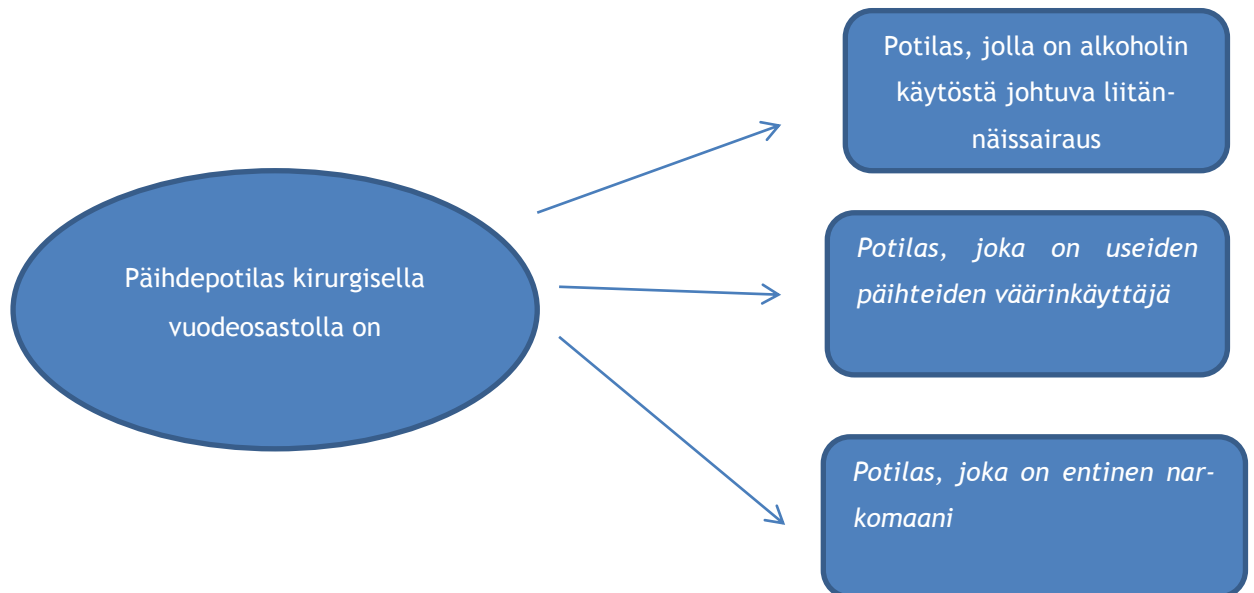
Alkoholin ja lääkkeiden sekakäyttö eli sekakäyttö oli sairaanhoitajien mukaan päihdepotilailla yleistä. Varsinkin alkoholin käyttäjien arveltiin käyttävän alkoholin ohella myös lääkkeitä päihtymystarkoituksessa.

”Kyl niil varmaan siinä sivussa jotain rauhottavia lääkkeitä ja muita tämmösiä joillakin on.”

"Kyllä melkein noi perusalkkikset ni kyl ne käyttää muutakin ku alkoholii. Siis ihan noi deekikset. Lääkkeitä."

Päihdepotilaaksi sairaanhoitajat määrittivät myös potilaan, jolla oli alkoholin käytöstä johtuva liitännäissairaus. Yleisimpänä sairaanhoitajat toivat esille pankreatiitti potilaan eli haimatulehdus potilaan.

"Tyypillisimmät on pankreatiitti potilaat"



Kuvio 1. Sairaanhoitajien määritelmiä kirurgisen vuodeosaston päihdepotilaasta, yläluokat.

9.1.1. Hoitajien käyttämät apukeinot päihdepotilaan määrittelyssä

Sairaanhoitajien päihdepotilaan määrittelyssä käyttämiä apukeinoja kuvaavat yläluokat ovat esitetty kappaleen lopussa (kuvio 2).

Sairaanhoitajat kertoivat määrittelevänsä päihdepotilaan taustatietojen eli kirjallisten tietolähteiden kautta. Taustatiedot saatiin elektiivisillä eli ennakolta suunnitelluilla leikkauspoti-

lailla kirjallisessa muodossa. Päivystyspotilailla kliininen testaus, jolla tässä tutkimuksessa tarkoitettiin veren promillemäärän selvittämistä, saatiin viitteitä potilaan päihteiden käytöstä.

”...elektiiviset leikkauspotilaiden kohdallahan on niin, että taustatietojen kautta nähdään. Päivystyspotilaissa on usein promilleja ja saadaan sitä kautta tietää.”

Päihdepotilaan määrittelyssä käytettävänä apukeinona sairaanhoitajat mainitsivat myös potilaan havainnoinnin. Havainnoimalla päihteiden käyttö selvisi sairaanhoitajien mukaan kuuntelemalla puhetta ja tarkastelemalla potilaan ulkoista habitusta. Potilaan kertoma suullinen viesti saattoi olla ristiriidassa sairaanhoitajan havainnoinnin kanssa ja toisinaan päihteitä käyttävä potilas kielsi päihteiden käytön. Päihteiden käytön kieltäminen vaikeutti potilaan hoitamista sairaanhoitajien kertoman mukaan.

”No kyllähän sen näkee koordinaatiosta... Puheesta ei saa selvää. Ja se yleinen olemus.”

”Kyllä sen siitä habituksesta huomaa. Et monihan kieltää sen... Ja se käyttäytymine ja semmonen. Yleensä semmoinen ihminen kenelle se ei oo ongelma niin kertoo suoraan sen että kuinka paljon se käyttää ja silleen... . jotkut kyllä kertoo ihan avoimesti. mutta tota jotkut sen ihan kieltää. niitä onkin sitte vaikee hoitaa.”

”...ni monesti se habitus jo kertoo. vaikka potilaat kaunistelee asioita paljon käyttää alkoa, ni habitus kertoo paljon.”

Päihdepotilaan määrittelyssä havainnoinnin kohteena saattoi sairaanhoitajilla olla myös potilaan sairaus, oireet tai vieroitusoireet. Nämä yhdistettiin potilaan ulkoiseen habitukseen sekä ensiavun lääkärin haastattelussa sairauden tai oireen kautta potilaalta kysyttävään päihteiden käyttöön.

”...siis lääkärihän ne on haastatellut jo valmiiksi. Mist käy sitte ilmi, että kun monesti jos ne tulee vatsakivun takii, ni sit lääkäri on kysynyt jo valmiiksi ni käytätkö alkoholia ja kuinka paljon... Mut sitte kyl päälle päin näkee että on semmonen tutisevainen ja yleisolemus on vähän semmonen niinku ehkä vähän rähjäntynyt”

Taustatietojen lisäksi sairaanhoitajat mainitsivat etenkin tupakoinnin huomattavan tupakan hajun vuoksi. Suullinen tieto potilaalta itseltään omasta päihteiden käytöstään mainittiin puhuttaessa keinoista joilla sairaanhoitajat määrittelevät päihdepotilaan. Potilaan omaan ker-

tomaan ja avoimuuteen päihteiden käytöstä puhumisessa, vaikuttavat potilaan hoitokertojen määrät.

”...tietty taustatiedoista... Ehkä sitte joskus ulkoinen habitus kertoo. tupakalla käynnin silleen tietää, jos potilas sanoo tai haistaa. tai sitten potilaan omana kertomana-kin... varmaan joutuu kyselemään. se vaihtelee. joku kertoo. voi olla sellanen, joka on pitkään käyttänyt ja ollu useita kertoja hoidossa, ni se ehkä avoimemmin kertoo siitä kun joku toinen.”

Taustatietojen lisäksi ulkoisesta olemuksesta saattoi olla apua määriteltäessä päihdepotilasta osastolla. Sairaanhoidajat toivat kuitenkin haastatteluissa esille, että aina ulkoinen habitus ei kerro päihteiden käytöstä ja ulkoisen habituksen huomioiminen oli epävarma keino määrittää päihdepotilasta. Yhtenä keinona määrittää potilasta jolla oli päihdeongelma, sairaanhoidajat mainitsivat niin sanotun yhteiskunnallisen aseman. Yhteiskunnasta jo syrjäytyneen henkilön tunnisti.

”No yleensä sen näkee sieltä taustatiedoista ku se tulee ensiavusta tai sit välillä näkee habituksesta. muttei toisinaan ulkonäöstäkään huomaa mitään... tietenkin jos ei oo työelämässä, ni kyllä sen huomaa jo.”

Potilaan päihteiden käyttö ja sen laajuus saattoi sairaanhoidajien kertoman mukaan tulla esille myös haastatteleamalla potilasta osastolla ollessa. Haastattelutilanteeksi sairaanhoidajat mainitsivat osaston lääkärinkierron.

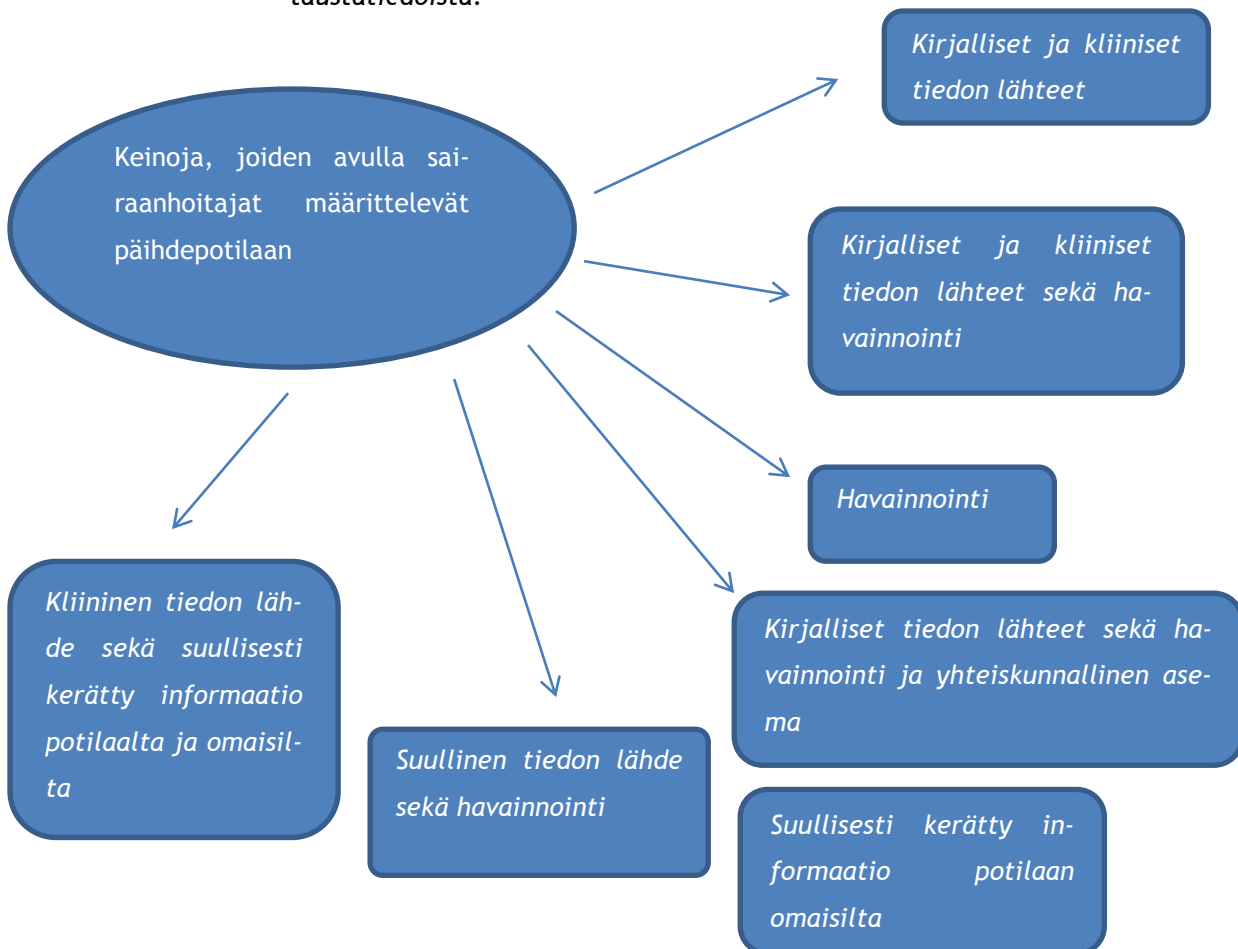
”...tai sitte lääkärin kierrolla ku lääkärit kyselee että juotko ja kuinka paljon ja tämmöstä.”

Päihdepotilaan määrittelyssä apuna saattoi sairaanhoidajien mukaan olla potilaan omaiset, jotka toivat esille huolensa omaisensa päihteiden käytöstä. Omaisten esille tuoma päihteiden käyttö oli usein alkoholin käyttöä ja sairaanhoidajien mukaan esimerkiksi lääkkeiden väärinkäyttöä omaiset eivät huomanneet ja eivät näin ollen tuoneet huolta esille. Alkoholin käytön tunnistaminen nähtiin helpompana.

”...omaiset on monesti, aika useinkin tuovat sen huolen julki, kun on niin paljon sitä viinan käyttöä. no yleensä ne on nää viinan, alkon käyttö on se, jota omaiset tuo. lääkkeiden käytöstä ei niinkään omaiset ota, ehkä niitä sitten popsitaan salaa tai mitä. mutta viinan käytöstä omaiset tuo usein sen huolen... alko tunnistetaan paremmin, ha-justakin päätelleen.”

Vaikka taustatiedot mainittiin tutkimusaineistossa usein ensisijaisena tiedonlähteenä määriteltäessä päihdepotilasta, sairaanhoitajat näkivät huumausaineiden käyttäjän tunnistamisen sekä määrittelemisen haastavana ja kertoivat, ettei huumausaineiden käyttäjää aina tunnisteta hoidon aikana. Myös alkoholin suurkuluttajien tunnistaminen ja määrittelemine saattoi olla haastavaa ja toisinaan potilaan alkoholin käyttö tuli esille vasta operaation jälkeisenä sekavuutena tai muuna alkoholin käyttöön liitettävissä olevalla oireella.

”Useinhan sen tietää jo tulotiedoissa. Ja koska tota useinhan nää potilaat on jo testattu, vähintään puhallutettu. Sitten tiedetään että on promilleissa... huumeiden käyttäjät on vaikeempi ryhmä. Sillä tavalla että mehän sitte saadaan selville vasta jälkeenpäin..., kun potilas ei oo kertonut etukäteen. Sitten leikkauksen jälkeen tulee esiin, tulee delirium vaihe ni sit me ei voida tietää että onks tää anestesia aineiden vai alkoholin vai muun tilan aiheuttama sekavuustila... ei oo näkynyt potilaan muista oireista tai taustatiedoista.”



Kuvio 2. Sairaanhoitajien haastatteluissa esille tuomia apukeinoja päihdepotilaan määrittämiseksi ja tunnistamiseksi, yläluokat.

9.1.2. Päihdepotilaan luonnehdintaa

Sairaanhoitajien ajatuksia päihdepotilaan luonnehdinnasta ja näitä kuvaavat yläluokat ovat esitetty kappaleen lopussa (kuvio 3).

Sairaanhoitajat määrittelivät päihdepotilaan olevan potilas, joka tuli hoidon piiriin toistuvasti alkoholin aiheuttaman haimatulehduksen eli pankreatiitin vuoksi. Muita päihteisiin liittyviä sairauksia ei tuotu esille aineistossa, pankreatiitin vuoksi hoidettavat potilaat olivat aineiston mukaan osastolla enemmistönä puhuttaessa päihdehaitoista. Pankreatiitti potilaat saattoivat sairaanhoitajien mukaan olla käytökseltään haastavia. Sairaanhoitajat toivat myös esille päihdepotilaiden perussairauksia tai oireita, jotka pahenivat hoidon aikana tutkimuksia ja toimenpiteitä tehtäessä.

”...niin sanottuja vakikävijöitä, jotka tulee toistuvasti esimerkiksi haimatulehduksen vuoksi hoitoon.”

”...toistuvasti tullutta haimatulehduspotilasta joka vielä käyttäytyy hankalasti”

”...alkoholin suurkuluttajista, niin heidän kohdallaan on niin paljon sen myötä tulleita sairauksia jotka sitten pahenee tässä kun kirurginen toimenpide tehdään tai tutkimus.”

Luonteenpiirteinä ja käyttäytymismalleina sairaanhoitajat toivat esille kohtaamistaan päihdepotilaista hyvin erilaisia piirteitä. Päihdepotilas nähtiin haastavana kohdattavana ja hoidettavana erityisesti ärtyisyyden, hermojen kiristelyn ja hermostuneisuuden vuoksi. Sairaanhoitajat kertoivat myös, että päihdepotilaat olivat erilaisia persoonia potilaina, kuten kuka tahansa osaston potilas ja koettuja luonteenpiirteitä ja nähtyjä käyttäytymismalleja ei voinut yleistää.

”...ovat paljo arvaamattomempia ja semmosii äreempiä niinku jotkut. mutta ei kaikki. että ei niitä voi yhteen mappiin laittaa kaikkia.”

”Voi niinku pinna mennä ihan mitättömästä asiasta”

”... ne on hermostuneita ja semmosia. Ne ei pysty keskittyy oikeen...”

”...ihan niinku muissakin, on erilaisia persoonia...”

Alkoholin ja lääkkeiden sekakäyttäjistä sairaanhoitajat mainitsivat erikseen kohtaamiseen haastavuutta tuovina asioina levottomuuden ja arvaamattomuuden. Haastattelumateriaalista nousi myös esille, että sekakäyttäjät koettiin päihteiden käyttäjistä ryhmänä, jolla keskittymiskyky oli heikompaa ja käyttäytyminen arvaamatonta.

"Sekakäyttäjät ne on semmosia levottomia ja semmosia, että ne ei oikein keskity."

"Sit nää sekakäyttäjät on semmosia arvaamattomia"

Sairaanhoitajat eivät nähneet päihdepotilaita aina negatiivisten piirteiden kautta. Päihdepotilaita luonnehdittiin myös lempeiksi ja kilteiksi persooniksi. Kiltteinä nähtyjen päihdepotilaiden päihdeproblematiikkaa sairaanhoitajat ymmärsivät potilaiden elämäntilanteiden kautta. Sairaanhoitajat toivat esille päihdepotilaiden karuja elämäkokemuksia ja toisaalta myös käyttäytymismalleja joihin päihdepotilaat mahdollisesti päihteiden käytöllään helpotusta hakivat.

"Useimmathan niistä on semmosia hyvin kilttejä ja anteeks olemassa oloni persoonia."

"Nää on hyvin usein sellaisia lempeitä hyssyköitä"

"... monet niistä on kuitenkin kauheen mukavia ja sit just se ku ne kertoilee mitä kaikkee niitten elämässä on sitten ollut. Että ku ne on joutunut niihin hankaliin tilanteisiin ja alkanut sitten käyttää paljon alkoholia. Ja mitä kaikkee niit on sitte ollu. Mielenterveysongelmia ja jäänyt työttömäksi ja avioeroa ja vaikka mitä..."

"... nehän on usein sellaisia pehmeitä ja lepuja ja sen takii juovat, etteivät jotenkin muuten osaa hallita sitä elämää, tai ei osaa hallita elämää... ovat monesti sellasia leppoisia ja sellaisia, mutta sit tietysti jos jollekin ei viina sovi ni ne sekoo ja se on sitte aggressiivinen..."

"Ehkä sen takii ne on alkanutkin, että jotenkin sais itseensä ilmastua ni käyttää sitä alkoholia"

Sairaanhoitajat eivät pitäneet päihdepotilaita vaarallisina varsinaisesti henkilökuntaa kohtaan, vaikka julkisuudessa päihdepotilaisiin liitetään usein suoranainen aggressiivisuus hoitohenkilökuntaa kohtaan. Päihdepotilaita pidettiin vaarallisina ennenkaikkea itseään kohtaan, mikäli he eivät ymmärtäneet hoidossa olemistaan ja hoidon tarpeellisuutta instrumentteineen.

"... mä en nyt ihan äkkiseltään muista, että ois ollu ketään semmosta, joka ois mulle jotenkin ollut vaarallinen. Lähinnä ne on itselleen. Ne ei niinku. Ne on niinku siin tilanteessa, et ne ei tajuu miks ne on täällä ja mitä niille tehdään ja minkä takii niil on kaikki letkui joka paikassa. Et lähinnä niinku semmosta..."

"... ei mun mielestä oo semmosta varsinaista aggressiivista käytöstä oo niinku meitä kohtaan. Tai ainakaan mua kohtaan..."

Päihdepotilaiden käyttäytymistä sairaanhoitajat kuvasivat omaehtoiseksi ja osan päihdepotilaista nähtiin olevan hoitoisuudeltaan vaativia. Sairaanhoitajat toivat esille päihdepotilaan vaativan muita potilaita enemmän hoitoa, fyysisten oireiden vuoksi. Sairaanhoitajien mukaan päihhteitä käyttämätönkin potilas saattoi toisinaan käyttäytyä aggressiivisesti eli aggressiivinen ja vaativa käytös ei ollut pelkästään päihdepotilaiden kohtaamiseen haastavuutta tuovaa.

"...tekee sitten mitä itseään lystää. mutta onhan niit tietysti muissakin potilaissa semmosia. mutta useemmiten ne on semmosia niinku lyhyt pinnasempia..."

"Osahan niistä potilaista on vaativia, ja aina tietysti riippuu, että mitä on tehty tai mikä se fyysinen tila on... Ehkä ne kuitenkin keskimääräistä enemmän vaatii hoitoa."

"...varmaan joskus ilmenee. mut on joskus aggressiivisia nekin, jotka ei käytä päihhteitä, et ei se oo niinku..."



kuvio 3. Sairaanhoitajien esille tuomia piirteitä tai muita huomioita päihdepotilaasta sekä näitä kuvaavat yläluokat.

9.1.3. Määritelmän mukaisten päihdepotilaiden esiintyvyys osastolla

Määritelmän mukaisten päihdepotilaiden osastolla olon tiheyttä kuvaavat yläluokat ovat kapaleen lopussa (kuvio4).

Sairaanhoitajat kertoivat määritelmänsä mukaisia päihdepotilaita olevan osastolla vaihtelevasti. Sana ”vaihtelevasti” pitää sisällään päivittäisyyden ja viikoittaisuuden. Päihdepotilaita määriteltiin olevan osastolla vaihtelevasti eli toisinaan päivittäin ja toisinaan taas hieman harvemmin. Ajat, jolloin päihdepotilaita oli osastolla enemmän hoidettavana, koettiin henkisesti kuormittaviksi.

”Vähän silleen ryppäässä. välillä on silleen niinku saattaa olla pari kolmekin yhtä aikaa jotka mä luokittelisin päihteiden käyttäjiksi. ja sit on taas semmosia aikoja ettei oo... kausittain. joskus tuntuu että on yhtä aikaa useempi. et sit tuntuu henkisesti rankalta.”

”On niitä mun mielestä aika usein... no varmaan viikottaista tai kuukausittaista. no se vaihtelee. voi olla useempi samaan aikaan ja toisinaan ei välttämättä oo ketään. välillä on viikottain, mutta ainakin kuukausittain.”

”No se vaihtelee. voi olla useempi samaan aikaan ja toisinaan ei välttämättä oo ketään. välillä on viikottain, mutta ainakin kuukausittain.”

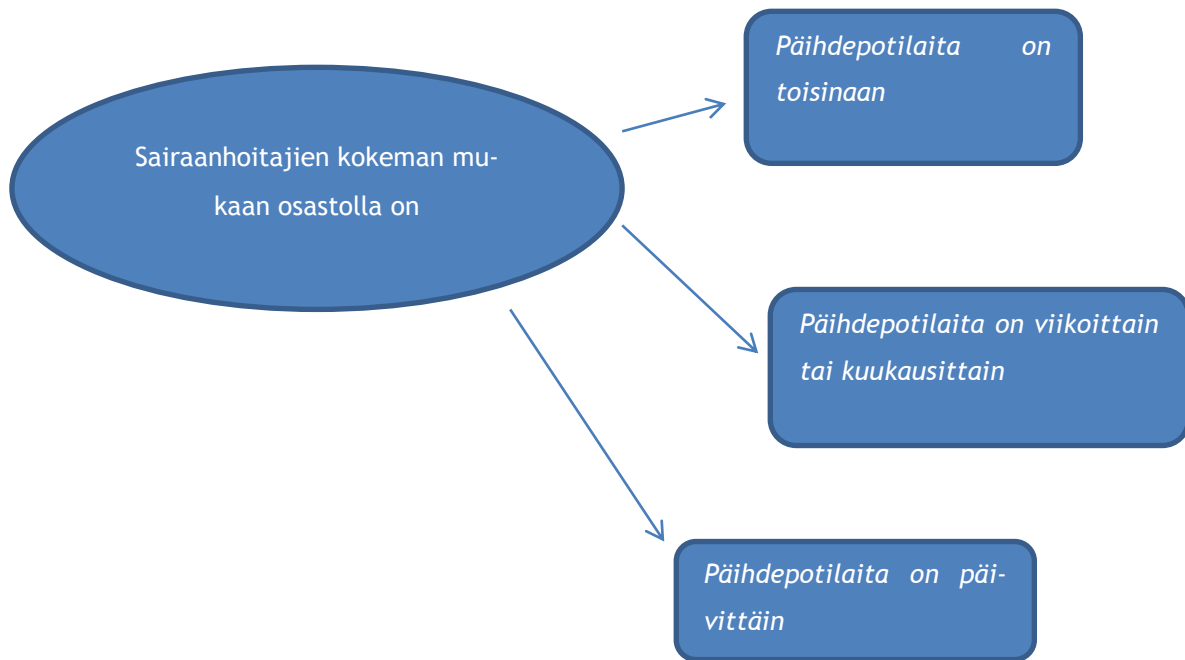
”No joskus tuntuu, että tulee useempi alkoholipankreatiitti esimerkiksi osastolle. Mut sitte on ihan pidempi aika, ettei tuu ollenkaan. Et semmosia ryppäitä.”

”On useasti. On kerran viikossa ainakin.”

Sairaanhoitajat kokivat päihdepotilaita olevan osastolla hoidossa paljon. Päihdepotilaita oli jopa päivittäin osastolla hoidettavana. Päihdepotilaita oli sairaanhoitajien kertoman mukaan hoidossa osastolla enenevässä määrin ja sairaanhoitajat toivat esille uudenlaisen sukupuolijakauman, jonka mukaan naisia oli päihdepotilaista enenevässä määrin hoidon piirissä.

”Paljon. Tosi paljon... Päivittäistä oikeastaan. Lähes päivittäistä.”

”Enenevästi. ja myöskin vallankin naisissa huomaa enenevästi. Mut ei voi sanoa, että määrällisesti luokittelis että paljon. Mutta ihan selkeä trendi on nouseva... Kyllä vähintään viikottaista. Voi olla koko osastoa ajatellen päivittäistäkin.”



Kuvio 4. Sairaanhoitajien määritelmän mukaisia päihdepotilaita on osastolla heidän kertomansa mukaan vaihtelevasti.

9.2 Päihdepotilaan hoitotyö

Kappaleen lopussa (kuvio 5) ovat yläluokkina kuvattuina sairaanhoitajien tuomia ajatuksia päihdepotilaan hoitotyöstä.

Sairaanhoitajat kertoivat päihdepotilaan hoitotyön olevan samanlaista kuin kaikkien muidenkin potilaiden. Eroavaisuutta arjen hoitotyössä ei sairaanhoitajien mukaan ollut. Hoitotyöhön ei sairaanhoitajien mukaan myöskään vaikuttanut mahdollinen ajatus siitä, että potilas oli itse aiheuttanut päihteiden käytöllä tilansa. Hoitotyössä tehtiin kaikki, mikä oli tarpeellista ja asiallista potilaan kannalta.

”Puhutaan pankreatiitti potilaastakin, niin kyl sille kaikki tutkimus tehdään mitkä pystytään tekemään ja jos sen tila vaatii sen. Ni kyllä se hoidetaan ihan samalla tavalla kun ei alkon käyttäjäkin.”

”En mä ainakaan huomaa. kyllä mä sen teen, mikä on asiallista tehdä. on se sitten mikä vaan, missä pitää auttaa tai tehdä jotain. Ni kyllä mä mun mielestä teen ihan samalla tavalla, että en mä ajattele, että olkoon toi paskoissaan ku on itse tohon. että mun etiikka ei anna sitä, että oo vaan. että. kyllä mä sen teen ihan samalla tapaa.”

”...meidän hoitamisessa. en varsinaisesti. omalta kohdaltani voin sanoa, että en. pyrin hoitamaan potilaat samalla tavalla riippumatta siitä onko päihteiden käyttävä tai ei.”

”Mehän patistetaan suihkuun ja katotaan se haava päivittäin ja tällain näin.”

Päihdepotilaan päivittäisessä hoitotyössä nähtiin eroavaisuutena keskustelun haastavuus ja tätä kautta keskustelu oli mahdollisesti vähäisempää päihdepotilaan kanssa kuin päihteitä käyttämättömän potilaan kanssa. Haastavuudella sairaanhoitajat tarkoittavat päihdepotilaan tapaa keskustella asioistaan. Keskustelun taso saattoi olla niin sanotusti jankuttavaa ja sairaanhoitajien kertoman mukaan päihdepotilaalle perustellessa esimerkiksi hoitotoimenpiteitä ei päihdepotilas aina ymmärtänyt asiaa samoin ja tätä kautta sairaanhoitajan suhtautuminen päihdepotilaaseen saattoi muuttua. Toisaalta samankaltainen tilanne saattoi syntyä myös päihteitä käyttämättömän potilaan kanssa.

”...ehkä se tämmönen keskustelu. voi olla, että mä enemmän käytän aikaa selvästi, selväpäisen ihmisen, hänen kanssaan keskusteluun ku se että jankkaa jonkun, joka käyttää. ku heillä on määrätynlainen persoona ainakin jos käyttää paljon viinaa. niin joskus tuntuu, että siitä ei tuu valmista vaikka kuinka perustelet ja toinen jankkaa samaa asiaa. et tää on niinku päättä hakkais seinään, et silloin mä niinku luovutan. mut vois olla toisaalta jonkun ihan ei käyttävänsä potilaan kohdalla, että jos mä huomaan että ei tästä tuu mitään. sitte mä luovutan ja en mä jaksa. mä käytän muualle sen ajan.”

”Että paljon enemmän kuluu aikaa asioiden selvittämiseen. Ja muuhun. Että se tietenkin joskus vaikuttaa siihen suhtautumiseen. Ei mene niin hyvin perille niin sanotusti.”

Sairaanhoitajat toivat esille, että joskus päihdepotilaan kohdalla hoitotoimenpiteen tai lääkityksen hoidon osalta jouduttiin turvautumaan kiinnipitotilanteisiin tai suurempaan määrään henkilökuntaa, jotta tarvittava toimenpide saatiin suoritettua. Kuitenkin hoito toteutui päihdepotilaiden kohdalla, vaikka se vaati erityisiä toimia henkilökunnalta. Haastatteluihissa sairaanhoitajat totesivat myös, että sekavuustila tai rauhattomuus, joka aiheutti suuremman resurssien käytön hoitotilanteessa, ei jatkunut kauaa tai ollut jatkuva.

”No useimmiten ne hommat saa kyllä tehtyy, kun kertoo mitä tekee ja minkä takii. Ja välillähän ne on tavallaan niin sekaisin, että pitää soittaa joku vartija tai sit jos on joku mieshoitaja töissä. Et ne antaa semmosen auktoriteetin että ne ymmärtää että nyt pitää kestää joku toimenpide. Tai ottaa joku lääke tai. Mut et kyl me yleensä saadaan lääkkeet annettua tavalla tai toisella.”

”Saadaan lääkkeet annettua tavalla tai toisella. Ehkä se välillä on vähän sillain väkivaltaistakin, joku pitää käsistä kiinni ja joku jaloista, että saadaan joku piikki annettua. Mutta tota. Sillain se sit yleensä hoituu. Ja se on sit aika lyhyt aikainen, et ne äkkiä kuitenkin rauhottuu. Ja se ei kestä viikko tolkulla. Se on yleensä joku ilta tai yö kun ne sekoo ja sit ku saadaan se homma siitä ohi, ni sit ne rauhoittuu.”

Sairaanhoitajien mukaan vieroitusoireet ja sekavuus toivat eroavaisuutta päihdepotilaan hoitotyöhön. Vieroitusoireiden ja sekavuuden vuoksi päihdepotilaat vaativat läkehoidollisesti erilaista hoitoa kuin päihteitä käyttämätön potilas. Lääkkeiden vuoksi päihdepotilaan seuranta oli vaativampaa. Myös sekavuuden vuoksi päihdepotilaat vaativat muita potilaita enemmän seurantaa sekä tehokkaampaa hoitoa. Toisinaan päihdepotilaiden hoito vaati potilaan siirtämistä vuodeosastolta tehostetun valvonnan osastolle. Sairaanhoitajat kokivat päihdepotilaan hoidon vaativampana kuin päihteitä käyttämättömän potilaan hoidon.

”Kyllähän siin on sillä tavalla eroo että ku nää on monesti jo valmiiks semmosii että niillä on jo vieroitusoireita siitä alkoholista ni ne tarvii diapamii ja muuta rauhoittavaa siihen et ne pystyy olemaan. Ja niit pitää tarkkailla. No jaa, kyllähän nyt kaikkia potilaita täytyy tarkkailla. Mut ei se. Mut et eri tavalla.”

”Jotkuthan menee ihan sekasin ja näkee kaikkia pikku-ukkoja ja. Tarvii sit paljon tehokkaampaa hoitoa ja jotkuthan on sit tuolla valvonnassakin sen takia.”

”Vaatii se enemmän kun semmosen normaalin potilaan kans.”

”...riippuu tietty siitä potilaasta... osahan niistä potilaista on vaativia, ja aina tietysti riippuu, että mitä on tehty tai mikä se fyysinen tila on... Ehkä ne kuitenkin keskimääräistä enemmän vaatii hoitoa.”

Nesteytyksen ja diureesin seuraamisen tärkeys ja haastavuus nousi esille sairaanhoitajien kertomana, puhuttaessa päihdepotilaan hoitotyöstä. Haasteellista oli sairaanhoitajien mukaan päihdepotilaiden diureesin seuraaminen, sillä aina päihdepotilas ei itse ymmärtänyt virtsaketetrin tärkeyttä ja seurannan tarkoitusta. Sairaanhoitajan ja päihdepotilaan yhteisymmärrys

hoidosta ja tarpeellisuudesta ei aina kohdannut ja yhteisymmärrystä hoidosta oli haasteellista saavuttaa.

”Ku siinähan on hirveen tärkeätä, et me nähdään se et se nesteytys lähtee käyntiin, ettei sekin jää sinne elimistöön. Et ku 6 litraakin voidaan tiputtaa vuorokaudessa nesteitä, ni on se, onhan se hirveen tärkeätä että me tiedetään et paljo sitä pissaa tulee. Ni ne ei ymmärrä sitä, et se on niinku niitten parhaaks se katetri.”

Sairaanhoitajat toivat esille hoitotyön eroavaisuutta päihkeitä käyttämättömään potilaaseen myös kertoessaan toimenpiteistä ja niiden tekemisestä. Päihdepotilaan levottomuuden vuoksi saatettiin käyttää kevyttä anestesiaa eli ns. humautusta, jotta saatiin toimenpide tai tutkimus tehtyä. Sairaanhoitajat kuvasivat, että aina päihdepotilaan kohdalla tutkimuksen tekeminen ei ollut niin yksinkertaista kuin päihkeitä käyttämättömän potilaan kohdalla.

”Tutkimuspotilaiden kohdalla kun vaikka jotain tähystyksiä esimerkiksi kun tehdään, niin ei se oo niin yksinkertaista, kun ihan päihkeitä käyttämättömän. Joku gastroskopia vaikka että, joudutaan jopa jotain pientä humautusta käyttämään... levottomuuden vuoksi.”

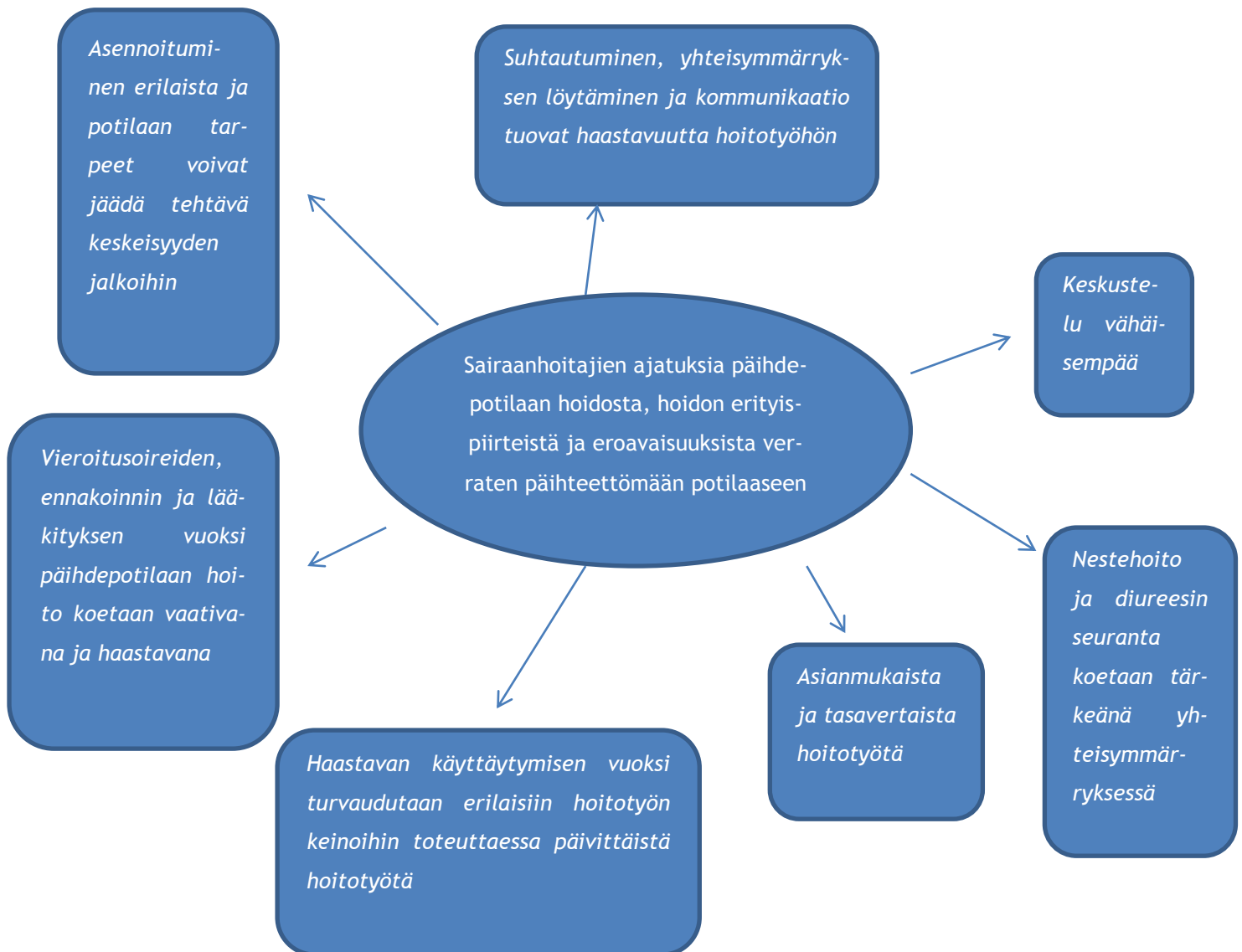
Sairaanhoitajat kertoivat hoitotyön eroavaisuudesta myös toistuvasti alkoholin aiheuttaman sairauden vuoksi hoitoon saapuvan potilaan kohdalla. Eroavaisuus näkyi erityisesti sairaanhoitajien asennoitumisessa ja ennakkoasenteessa potilasta kohtaan. Nämä taas näkyivät mahdollisesti myös potilaan kohtelussa.

”Elikkä on niin sanottuja vakikävijöitä, jotka tulee toistuvasti esimerkiksi haimatulehduksen vuoksi hoitoon. Niin silloin se näkyy oikein selvästi, että valmiiks jo leimataan että taas se tulee hoitoon tyyliin ja kyl se näkyy siin kohtelussakin se asennoituminen.”

Sairaanhoitajat toivat esille haastatteluissa, että päihdepotilas sai lääketieteellisesti samanlaisen hoidon kuin muutkin potilaat. Suhtautumisessa potilaaseen nähtiin kuitenkin eroa. Suhtautuminen näkyi raportoinnissa ja potilaalle näkyvänä osana mainittiin erityisesti puhetyylin potilaalle olevan erilainen, puhuttaessa toistuvasti päihdesairauden vuoksi hoidon piirissä olevista potilaista. Sairaanhoitajat mainitsivat puhetyylin olevan erilainen potilaille myös erityisesti heitä hoitavilla lääkäreillä, tämä näkyi potilaille puhetyylissä ja mahdollisesti kovemmassa/suoremassa kielenkäytössä päihteiden käyttäjää kohtaan.

”Kyllähän se hoidollisesti hoidetaan varmaan samaan tapaan. Saa samanlaisen hoidon lääketieteellisesti. Mutta lähinnä se sitten suhtautumisessa potilaaseen näkyy... Ei

välttämättä suoraan siinä kontaktissa... Vaan sitten esimerkiksi raportointi potilaasta. Joskus näkyy kyllä suoraan hoitotyössäkin. Esimerkiksi käytetään erilaista puhetyyliä, tai vastaavaa ja se ei pelkästään oo hoitajilta vaan myös ja vallankin lääkäreiltä. Juuri taas korostan nää haimatulehdus potilaat, jotka useaan kertaan täällä, valistuksesta ja varoituksista huolimatta käy.”



Kuvio 5. Sairaanhoitajien esille tuomia piirteitä, erityishuomioita sekä eroavaisuuksia, koskien päihdepotilaan hoitoa ja verraten niitä päihdeettä käyttämättömään potilaaseen.

9.2.1. Päihdepotilaan toipuminen toimenpiteistä

Päihdepotilaan toipumisesta toimenpiteistä, (kuvio 6) ja niistä muodostetut yläluokat esitetty kappaleen lopussa.

Haastatteluaineiston mukaan sairaanhoitajat eivät nähneet eroavaisuutta päihteitä käyttämättömän ja päihteitä käyttävän potilaan toipumisessa kirurgisen toimenpiteen jälkeen käytännössä. Huomattavaa oli kuitenkin, että potilaalla itsellään saattoi olla halu kotiutua nopeastikin sairaalahoidosta.

”En mä oo huomannut.”

”En mä kyllä oo tässä työssä mitenkään huomannut. teoriassa ehkä löytyy... ei sitä kyllä. ne yleensä kotiutuu ihan yhtä nopeesti, ku ihan niinku. ehkä nopeemminkin omasta tahdostaan.”

Sairaanhoitajat näkivät, että potilaan mahdollisella huonolla fyysisellä voinnilla ja päihteiden aiheuttamilla haittavaikutuksilla sekä oheissairauksilla oli vaikutusta potilaan fyysiseen toipumiseen toimenpiteen jälkeen, leikkauksesta toipuminen saattoi olla päihteitä käyttävällä henkilöllä hitaampaa. Huomattavana asiana pidettiin ravitsemustilan heikkouden aiheuttamaa toipumisen hitautta sekä liikunnan vähäisyyden aiheuttamaa toipumisen hitautta. Myös potilaan perussairauksien nähtiin vaikuttavan potilaan toipumiseen päihteiden käyttäjillä. Psykinen vointi ja sekavuus nähtiin toipumiseen vaikuttavana asiana ja huomioitavana erityisesti päihteiden käyttäjillä.

”Vaikuttaa se, että miten se on fyysisesti vaikuttanut jo siihen elimistöön. et tavallaan se fyysinen toipuminen et miten sun oma elimistö sitten palautuu tai korjaa niitä leikkauksia juttuja... No jos on joku maksakirroosi jo kehittynyt. Ni sehän vaikuttaa silleen hitaammin. ja tietysti jos on monesti joku pitkälinen päihteiden käyttäjä ni ravitsemustila on yleensä huono, mikä sit taas hidastaa toipumista. ja tietysti liikkuminen saattaa olla huonoa. et se tietysti riippuu, että mitä leikattu tai tehty. ni et miten siihen sit vaikuttaa.”

”Sitte tulee nää mahdolliset deliriumit. Tai joku kevyempi sekavuus. Ja nää fysiologiset jutut. Sitte jos on jo vaikka maksan vajaatoimintaa tai munuaisten vajaatoimintaa. No, mä puhun nyt taas enemmän alkoholin suurkuluttajista, niin heidän kohdallaan on niin paljon sen myötä tulleita sairauksia jotka sitten pahenee tässä kun kirurginen toimenpide tehdään tai tutkimus.”

Tupakoitsijoiden sairaanhoitajat näkivät lähtevän nopeasti liikkeelle toimenpiteen jälkeen. Toisinaan tupakointi saattoi johtaa tilanteisiin, joissa potilas lähti liikkeelle nopeammin kuin olisi ollut suotavaa. Käyttäytyminen saattoi olla omaehtoista ja tupakointi ajoi toimenpiteen jälkeisen hyvinvoinnin edelle.

”Yleensä ne lähtee tupakalle hyvin nopeesti. se saa ihmiset liikkeelle.”

”No se tupakka on aika hyvä motivoiva keino lähtee liikkeelle nopeemmin.”

”Justiin joku tämmönen että on leikattu ja tälleen ni pitää päästä tupakalle ja tälleen että. se riippuvuus on niin kova, että se on sitte pakko päästä. että tekee sitten mitä itseään lystää. mutta onhan niit tietysti muissakin potilaissa semmosia.”

Päihteitä käyttävien potilaiden kohdalla oli huomattavaa hoito-ohjeiden kuuntelemisen ja noudattamisen vaikeus. Hoito-ohjeiden noudattamisella oli kuitenkin merkitystä potilaan toipumisen kannalta. Sairaanhoitajien näkemyksen mukaan hoito-ohjeiden noudattaminen saattoi päihteitä käyttävällä potilaalla olla keskittymättömyyden tai ymmärtämättömyyden vuoksi heikompaa kuin päihteitä käyttämättömällä potilaalla.

”Kyllähän siinä tietysti semmosella, jos on ihan hirveesti käyttänyt niitä päihteitä. ni sitten tota ei oikein aina tahdo mennä ne ohjeet perille ja tekee vähän niinku omien systeemien mukaan.”

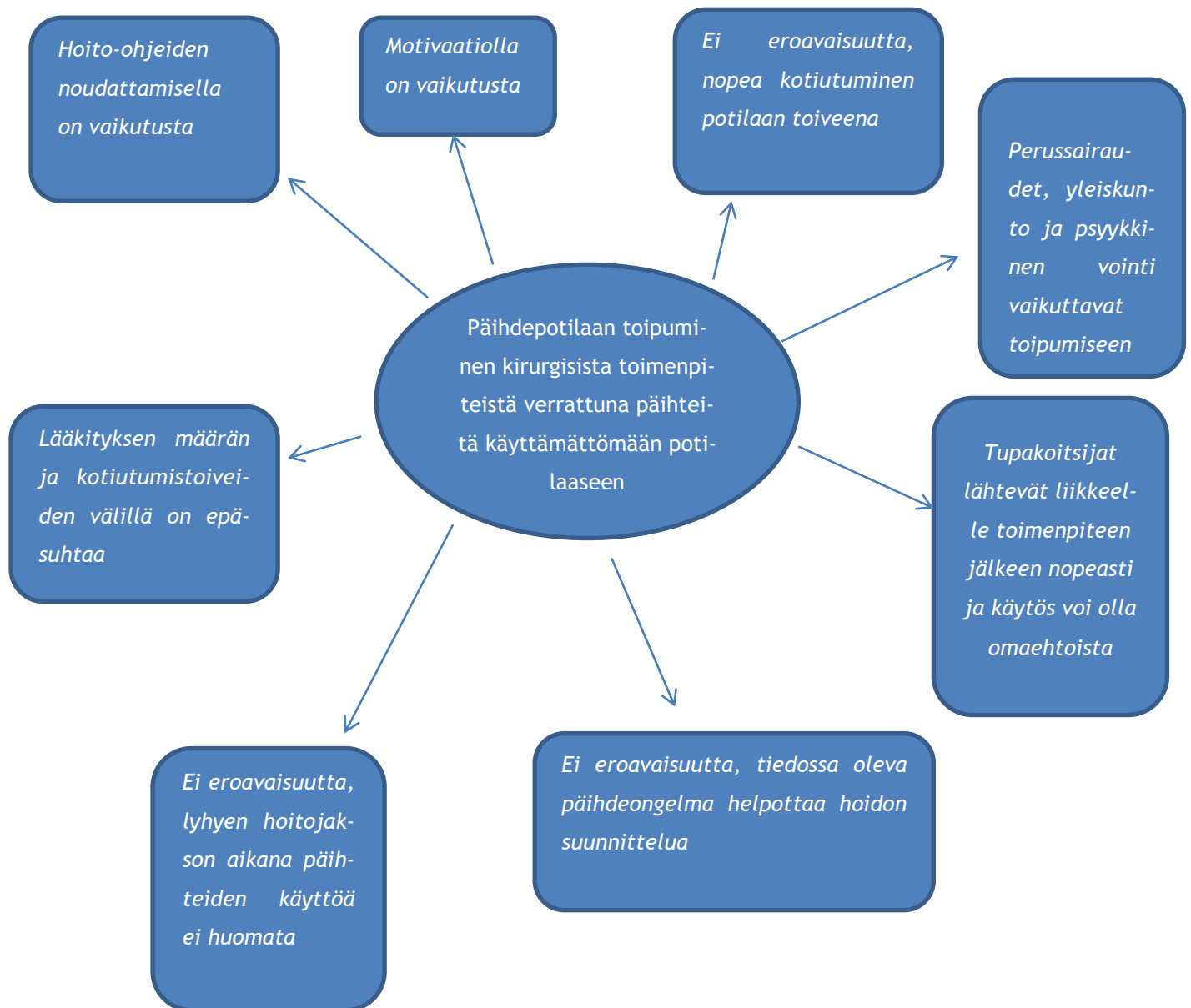
”Ne ei pysty keskittyyn oikeen... niihin ohjeisiin ja niihin muihin...”

Sairaanhoitajien mukaan päihteitä käyttävät potilaat tahtoivat kotiutua nopeasti. Kotiutumista estävänä tekijänä saattoi kuitenkin olla runsas kipulääkityksen määrä. Lääkityksen kautta päihteitä käyttävät potilaat tarvitsivat myös enemmän seurantaa ja nämä toivat ristiriidan potilaan toivomaa nopeaa kotiutumista vastaan.

”No äkkiähän ne kaikki haluaa kotiin. Mutta sitte taas kipulääkkeiden määrät voi olla aika reippaitakin. Ja sitä kautta se seurantakin on vähän vaativampaa.”

Sairaanhoitajat kertoivat haastatteluissa, että päivystyspotilaan päihteiden käyttöä ei välttämättä lyhyen hoitojakson aikana tunnistettu ja potilaat kotiutuivat hoitajien tietämättä potilaan päihdeproblematiikasta. Edeltävästi sairaanhoitajat olivat haastattelumateriaalissa keroneet päihteiden käytön tunnistamisen vaikuttavan mahdollisesti potilaan toipumiseen toimenpiteistä.

”jos taas ajattelee päivystyspotilasta joka leikataan ni meillähän on sit oikeestaan umpparit ja tämmöset. Ni se voi olla, että ne sitte siinä vaiheessa kotiutuu aika nopeasti. Että välttämättä sitä päihteiden käyttöä sinänsä ei ehkä tunnistaakaan. Se voi olla, että se on niin lyhyt jakso mitä ne on.”



Kuvio 6. Sairaanhoidajien tekemiä havaintoja eroavaisuuksista päihdepotilaan toipumisesta kirurgisista toimenpiteistä sekä ajatuksista millaiset asiat vaikuttavat päihdepotilaan toipumiseen verrattuna päihettä käyttämättömään potilaaseen.

9.2.2. Päihdepotilaan hoitajissa herättämät tunteet

Sairaanhoitajien tunteista kootut yläluokat ovat kappaleen lopussa esillä, (kuvio 7).

Sairaanhoitajat toivat esille, että aggressiivisesti käyttäytyvän potilaan kohtaaminen aiheutti pelon tunteita. Pelko oli sairaanhoitajille itsensä puolesta pelkäämistä. Pelon tunteen kanssa työskenneltiin, mutta suhtautuminen potilaaseen oli sairaanhoitajien mukaan tällöin erilaista. Työyhteisöstä koettiin saatavan tukea näihin tilanteisiin ja mahdollisuus ulkopuoliseen lisävoimaan oli vartijan muodossa saatavilla.

”Kyllä on se mistä syystä vaan aggressiivinen, jos toinen on sekava. kyl mä nyt eri tavalla käyttäydyn ku se että asiallista potilasta kohtaan, vaiks se ois vähän vihanenkin, mutta se että jos on todella aggressiivinen että mä pelkään oman itseni puolesta niin kyllä mä, jokainen eri tavalla suhtautuu silloin.”

Sairaanhoitajat kuvasivat raivostumisen tunnetta ja turhautumista hoidettaessa päihdepotilasta. Raivon tunteen nosti esille ennen kaikkea ajatus siitä, että päihdepotilaat veivät resursseja hoitotyön päivittäisessä arjessa pois muilta potilailta, jotka apua tarvitsivat esim. syöpäpotilailta. Turhautumista päihdeongelmaisen potilaan hoidossa esiintyi varsinkin tilanteissa, joissa hoitajat tahtoivat auttaa potilasta ja päihdeongelmainen potilas palasi päihteiden käyttöön ja tätä kautta takaisin hoidon piiriin saman vaivan vuoksi. Turhautumista oli myös tilanteessa, jossa potilas ei ollut ymmärtäväinen omaa vakavaa tilaansa kohtaan tai oli motivaatioltaan hoitoon huonosti suhtautuva tai ei omannut omaa tahtoa parantua tai toipua.

”Vaihtelee. sanotaan, että yhä enenevässä määrin mua raivostuttaa se, että alkoholin väärinkäytön tai on se nyt lääkkeidenkin väärin käytön takia, ni ne vie niin paljon meidän kaikenlaisia resursseja, että se on pois muilta potilailta, jotka tarvitsis apua.”

”Semmonen potilas, joka on jatkuvasti saman elikkä yleensä pankreatiitin takia. ni kyl se vähän semmosta turhautumista. mut ei se kuitenkaan. yrittää, että ei se näy ulospäin kuitenkaan... varmaan se, että jos on monia jotain vierotuksia ja muita niin aina vaan sitten palaa siihen päihteiden käyttöön ja sit tulee taas sen pankreatiitin takia.”

”Se oma motivaatio siihen paranemiseen on huono. ni kyllä se aika turhauttavalle tuntuu niitä niinku hoitaa.”

Sairaanhoitajat kertoivat myös positiivisista tunteista päihdepotilasta hoidettaessa. He kuvasivat päihdepotilasta mukavana ja avoimena. Päihdepotilaiden kertomat elämäntarinat ja kokemukset herättivät hoitajissa ajatuksia siitä, miten potilaat olivat ajautuneet päihdekiertee-

seen sosiaalisten ongelmien, mielenterveysongelmien ja useiden haastavien elämäntilanteiden kautta. Päihteidenkäyttäjien yksinäisyys ja elämänsisällön köyhyys mietityttivät sairaanhoitajia ja tunteeksi näitä päihteidenkäyttäjiä kohtaan sairaanhoitajat nimesivät säälin tunteen. Sairaanhoitajat tahtoivat ymmärtää päihdeproblematiikkaa potilaiden elämäntarinoiden kautta ja haastatteluaineistosta kumpusi ajoittain syvä empatia päihteiden käyttäjää kohtaan.

”...että ku monet niistä on kuitenkin kauheen mukavia ja sit just se ku ne kertoilee mitä kaikkee niitten elämässä on sitten ollut. Että ku ne on joutunut niihin hankaliin tilanteisiin ja alkanut sitten käyttää paljon alkoholia. Ja mitä kaikkee niit on sitte ollut. Mielenterveysongelmia ja jääny työttömäksi ja avioeroa ja vaikka mitä. Ni tota. Lähinnä se vaan säälistää mua.”

”Mä vaan aina mietin sitä, että minkä takii. Että mitähän niittenkin taustalla on... Kyllä se mietityttää. Ja sitte just se, että onko niillä mitä sisältöä elämässä. Että jos ne on kauheen yksinäisiä. Jossain jotain peräkammarinpoikia. Että mikä siihen on niinku johtanut sitten.”

Sairaanhoitajat toivat haastatteluissa esille, että kunkin hoitajan omat taustatekijät vaikuttivat päihdepotilaan kohtaamiseen, ajatukseen sekä tunteisiin päihdepotilaista. Myös työkokemuksen määrän ajateltiin vaikuttavan tunteisiin. Toisaalta työkokemuksen ajateltiin vaikuttavan siihen, että saattoi hoitajana ajatella, että kaikkeen (potilaan haluan päihdeproblematiikan hoidosta mm.) ei voinut hoitajana vaikuttaa ja tämä vähensi työn stressaavuutta ja kuormittavuutta osaltaan.

”Nyt ku on pidempään ollut ja tullut vanhemmaksi ei ehkä niin kauheesti tuu niinku sellasii negatiivisii tunteita. Ku ajattelee, että jokaisella saattaa olla elämässä vaikka mitä matkan varrella. Että mikä se kenenkin syy että siihen on ajatunut ja tälle.”

”...on ollut täällä muutaman vuoden, niin mä otan sen eri tavalla sen asian enkä enää omasta mielestä siitä stressaa. ei sitä kaikkee voi. kaikeen ei voi vaikuttaa.”

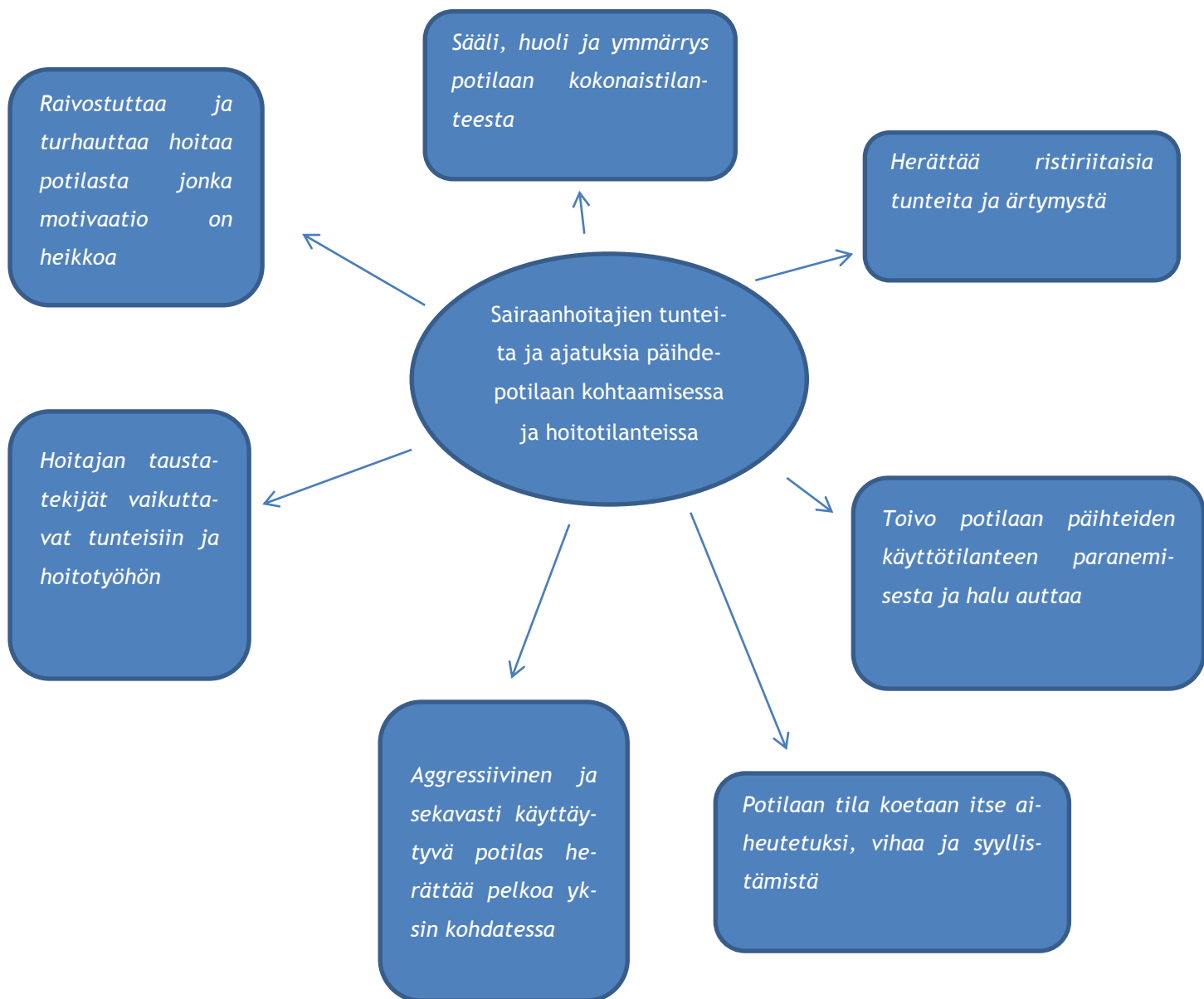
Sairaanhoitajat olivat huolissaan päihteitä käyttävän nuoren potilaan tulevaisuudesta. Mietityttävänä asiana oli, onko potilas päihdekierteessä, pääseekö potilas päihdekierteestä vai onko kyseessä lopun elämän kierre. Sairaanhoitajat toivoivat potilaille jatkohoitoa ja tätä kautta irti pääsyä päihdekierteestä. Toivo päihdepotilaan parhaasta nousi esille haastatteluissa kuin myös päihdepotilaan hyvä hoito ja sen toteutus.

”Koska näissä on jo niin paljon nuoria, niin väistämättä ajattelee, että mikä on tulevaisuus. Että onks tää tätä sit tää lopun elämä.”

”Että silloin toivoo, että jotain tapahtuis ja että he sais ainakin jotain jatkohoidon, jonkinlaisen.”

Sairaanhoitajat toivat esille huolen potilaan terveydestä. Toisinaan haimatulehduksen voi saada myös normaalisti alkoholia käyttänyt henkilö ja tällaisten potilaiden kohdalla sairaanhoitajat kokivat huolta, ymmärtävätkö potilaat olla käyttämättä alkoholia vastaisuudessa ja oliko potilaalla itsellään ymmärrys oman terveydentilansa vakavuudesta itsellään.

”... normaalisti ottanut ja tulee ensimmäinen haimatulehdus niin. kyllähän se vähän niinku en mä nyt tiedä et varsinaisesti säärittää. mutta silleen niinku huolestuttaa ehkä. että toivottavasti se ihminen ymmärtää tilanteensa, että on niinku vakava tila.”



Kuvio 7. Sairaanhoitajien esille tuomia tunteita päihdepotilaita hoitaessa, sairaanhoitajien ajatuksia tunteiden taustoista sekä ajatuksia siitä millaiset taustatekijät saattavat vaikuttaa päihdepotilaan hoitajassaan herättämiin tunnereaktioihin.

9.2.3. Hoitajien kokema koulutuksen tarve

Kappaleen lopussa (kuvio 8) ovat yläluokkina kuvattuna sairaanhoitajien koulutuksesta ja sen tarpeista esille tuomat ajatukset.

Sairaanhoitajien mukaan päihdepotilaista kaivattaisiin koulutusta erityisesti ajatellen kirurgista hoitotyötä ja päihdepotilasta. Puutteena koettiin koulutuksen vähäisyys kohdennettuna kirurgiselle osastolle sovellettavana. Päihteistä koettiin olevan vähäisesti koulutusta myös jo opiskeluaikana ja tiedot yleisesti tunnistamiseen sekä vieroitusoireiden tunnistamiseen koettiin puutteellisiksi. Varsinkin huumausaineiden käyttäjien tunnistaminen ja hoitaminen koettiin haastavaksi ja koulutuksen tunnistettiin olevan vähäistä sekä sairaanhoitajien koulutuksen aikana, että myös työelämässä. Koulutuksen ajateltiin tuovan varmuutta kohtaamiseen ja helpottavan ennakkointia hoitotyön tilanteissa. Työkokemuksen koettiin tuovan taitoja päihdepotilaan kohtaamisessa ja alkoholin vieroitusoireet koettiin tunnistettavan hyvin.

”... joo semmosta, mikä on just tänne”

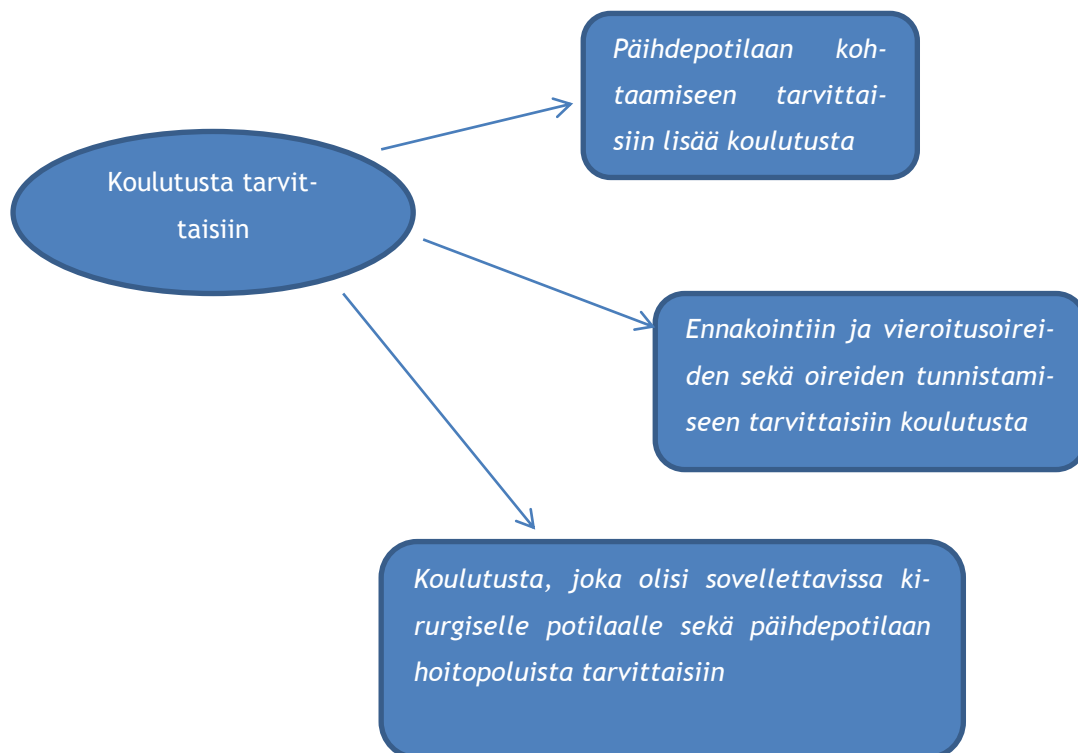
”Vois olla. Oliskin kyllä. Just sitä, että miten missäkin tilanteessa. No tietty kyllähän se on varmaan joku intuitio mikä sitä käyttäytymistä sitten johtaa... ainakin siihen, miten niitä hoitaa. Kyllä sen huomaa, että kyllä mä tunnistan ne oireet. Monta kertaa nopeemmin ku joku nuori hoitaja... jotka ei oo niinku nähny niitä. Ja sitte ehkä sekin justiin että ne niinku osais varookin toisaalta justiin näitä vähän äkkipikaisia ja tämmösiä. Ettei pääsis tuleen mitään onnettomuuksia.”

Koulutuksen tarvetta koettiin olevan myös potilaiden jatkohoitoon ohjausta ajatellen. Perustietoa päihdehoitopaikoista kaivattiin ja hyvänä ajatuksena pidettiin esimerkiksi a-klinikan henkilökunnan tuomaa tietoa jatkohoitoon hakeutumisesta ja ohjauksesta. Osastolla oli tietoa jatkohoitopaikoista, mutta jatkohoidon tarjoaminen aktiivisesti hoitajan toimesta potilaalle oli melko harvinaista. Jatkohoidon tarjoaminen ajateltiin olevan sosiaalityöntekijän toimenkuvaan kuuluvaa, mutta ongelmana nähtiin, että sosiaalityöntekijä oli vaikeammin tavoitettava yhteistyötaho nykyisin, soittaessa sosiaalityöntekijän sai osastolle. Jatkohoitopaikoista sairaanhoitajilla oli tietoa vaihtelevasti, osastolla oli kirjallista tietoa jatkohoitopaikoista, mutta jatkohoitopaikkojen tarjoaminen ei ollut rutiininomaista ja nämä olivat sairaanhoitajille vieraita. Tunnistettava haaste oli päihdehoitopaikkojen saatavuuden muutokset. Koulutuksen tarvetta perusteltiin potilasohjauksen parantamisella.

”...ainakin just et vähän tietäis noita kontakteja.että mitä on missäkin ja miten niitä saa. ku lehdistä vaan saa lukee, että on jotain matalankynnyksen paikkoja, mutta ei oo

mitään hajuu, mitä se tarkoittaa ku ei tiedä. et kylhän niinku sellaisii asioita jos kävis läpi, ni ois edes vähän niinku perustietoo enemmän tarjota.”

”...ni se että tosiaan ku ei oo kauheesti kokemusta päihdepotilaan hoitotyöstä eikä tämmösestä. et just jos jotain koulutusta sais vähän lisää tai jos sais sitä sossua paremmin käymään osastolla ja näin. se vois helpottaa sitä omaakin työtä.”



Kuvio 8. Sairaanhoitajien kokema tarve koulutukseen.

9.3 Etiikka ja tasa-arvoinen kohtaaminen päihdepotilaan hoitotyössä

Kappaleen lopussa (kuvio 9) on esitetty sairaanhoitajien esille tuomia ajatuksia eettisyydestä sekä tasa-arvoisesta kohtaamisesta.

Kohtaamisen tasa-arvoisuudesta puhuttaessa sairaanhoitajat toivat esille pyrkimyksen tasa-arvoiseen kohtaamiseen. Kaikille potilaille pyrittiin tasapuolisesti antamaan tarvitsemansa aika, hoitotoimenpiteet ja lääkitys. Nämä hoidettiin tasa-arvoisesti. Kohtaamisen tasa-arvosta puhuttaessa sairaanhoitajat toivat esille, että vaikka potilas oli huonossakin kunnossa, niin kohtaaminen oli tasa-arvoista ja kunnioittavaa.

”Pyrin siihen ainakin. yhtälailla aikaa antaa molemmille tarpeen mukaan. mikä on hoidon kannalta tarpeellista.”

”Vaikka on huonossa kunnossa, niin se ei vie sitä kunnioittavaa kohtaamista.”

”Kyllä mä uskon, että kaikki siihen pyrkii ainakin. ja yrittää hoitaa kaikki niin hyvin kuin mahdollista.”

”Kyllä me kipulääkitään niitä ja kyl me viedään niille sitä rauhoittavaa.”

”Joo. Siihen pyrin.”

Sairaanhoitajien pohdinnan aiheena haastattelumateriaalissa nousi ajatus ja toteamus siitä, että jokainen hoitaja oli vastuussa omasta kohtaamisestaan potilaan kanssa. Tasa-arvon toteutuminen riippui jokaisesta hoitajasta henkilökohtaisesti ja jokaisella hoitajalla oli oma näkemys tasa-arvoisesta kohtaamisesta.

”Omalla kohdallani toivon, että joo. Et kyllä mä nyt siihen pyrin, että kaikki on tasa-arvoisia, että on ne nyt sitten dementtejä papparaisia tai mummoja tai alkoholisteja tai mitä vaan. että helpommalla pääsee.”

”No toi on kans ihan jokaisen hoitajan oma juttu, miten ne suhtautuu tasa-arvoisesti ihmisiin.”

Päihdepotilaan kohtaamisesta puhuttaessa sairaanhoitajat toivat kuitenkin esille potilaan leimaamista hoidon aikana sekä myös etukäteen leimaamisesta. Leimaamisella tarkoitettiin päihdepotilaan kohtaamisessa ajatusta siitä, että päihdepotilas olisi tietynlainen hoidettava ja ennakoiva sekä leimaava asennoituminen saattoi vaikuttaa tasa-arvoiseen kohtaamiseen.

Muita potilasryhmiä ei haastattelumateriaalin mukaan ns. leimattu, joten voisi ajatella, että tasa-arvoinen kohtaaminen ei tässä kohtaa toteutunut.

”Tämmönen potilaan leimaaminen, siks mä sanoisin. Et jo etukäteen leimataan, ja sitten hoidon aikana leimataan. Niin sitähan tapahtuu. Sitä ei varmaan kukaan voi kieltää... . Jos se on valmiiks lyöty potilaaseen tää leima.”

Sairaanhoitajilla oli ajatus siitä, että tasa-arvoinen kohtaaminen toteutui päihdepotilaiden kohdalla ajatellen arkista hoitotyötä. Päihdepotilaat saivat samanlaisen hoidon ja kaiken tarvitsemansa hoidon riippumatta päihdeproblematiikastaan. Haastatteluissa nousi esille kirurgien kyyninen suhtautuminen päihdepotilaita kohtaan. Sairaanhoitajat näkivät kierroilla puheetylin poikkeavan päihdepotilaan kohdalla ja tasa-arvoinen kohtaaminen tässä kohtaa ei toteutunut. Toisaalta suora puhetyyli nähtiin hyvänä, sillä sairaanhoitajat arvioivat ettei hyssyttely auta päihdepotilaiden kohdalla ja realiteetit oli hyvä tuodakin esille. Ristiriitaisena puheetyly kuitenkin koettiin ja pohdintaa aiheutti tasa-arvoisuuden toteutuminen kirurgien puheissa potilasta kohtaan.

”Kyllä mä uskon. Hoitajien työssä se on. Kyllä. Me sillain samanlailla tarjotaan aamupesuja ja pestään sitä ja viedään suihkuun ku muitakin potilaita tarvittaessa ja pedataan sängyt puhtaaks. Et lääkäreiltähän se joskus näkyy siinä kierrolla... Näkyy. Et kyllä potilaskin tietää. Et ne jotka täällä säännöllisesti käy. Et ei noi hirveesti enää jaksa silleen hyssyttellä. Et sit niinku ne sanoo ihan suoraan että miks sä tuut kun haluat kuitenkin tappaa itses. Mut siltikin me hoidetaan.”

”Kyllä noi kirurgit aika kyynisesti välillä suhtautuu... No harvemmin ne kysyy mitään tota, että haluaisiks sä jotain hoitoo siihen tai tämmöstä, ehdottaa mitään tämmöstä. Ne vaan kertoo ne tosiasiat, että jos jatkat ni voit mennä arkku kauppaan tai muuta vastaavaa. Mikä nyt on oikeestaan aika hyvä. Sehän realiteetti. Että semmonen hyssyttely ja lässyttely, ei sekään auta... . Että vähän niinku semmonen jahas taas alkoholisti.”

Haastattelumateriaalista nousi esille sairaanhoitajien ajatus siitä, että tasa-arvoinen kohtaaminen ei toisinaan toteutunut päihdepotilaan kohdalla. Päihdepotilaan kohtaamisen haasteena nähty sekavuus saattoi olla joitain hoitajia ärsyttävä seikka ja hoitajan ärsyyntymisen taas nähtiin johtavan toimintatapojen ja kielenkäytön kovuuteen. Päivittäisessä hoitotyössä tasa-arvo saattoi jäädä toteutumatta, mikäli hoitajalla oli ajatus siitä, että potilas olisi itse aiheuttanut tilansa tai sairautensa ja avun antaminen saattoi olla heikompaa tällaisissa tilanteissa. Ajateltiin, että potilas selviytyköön itse, koska on itse tilansa aiheuttanut.

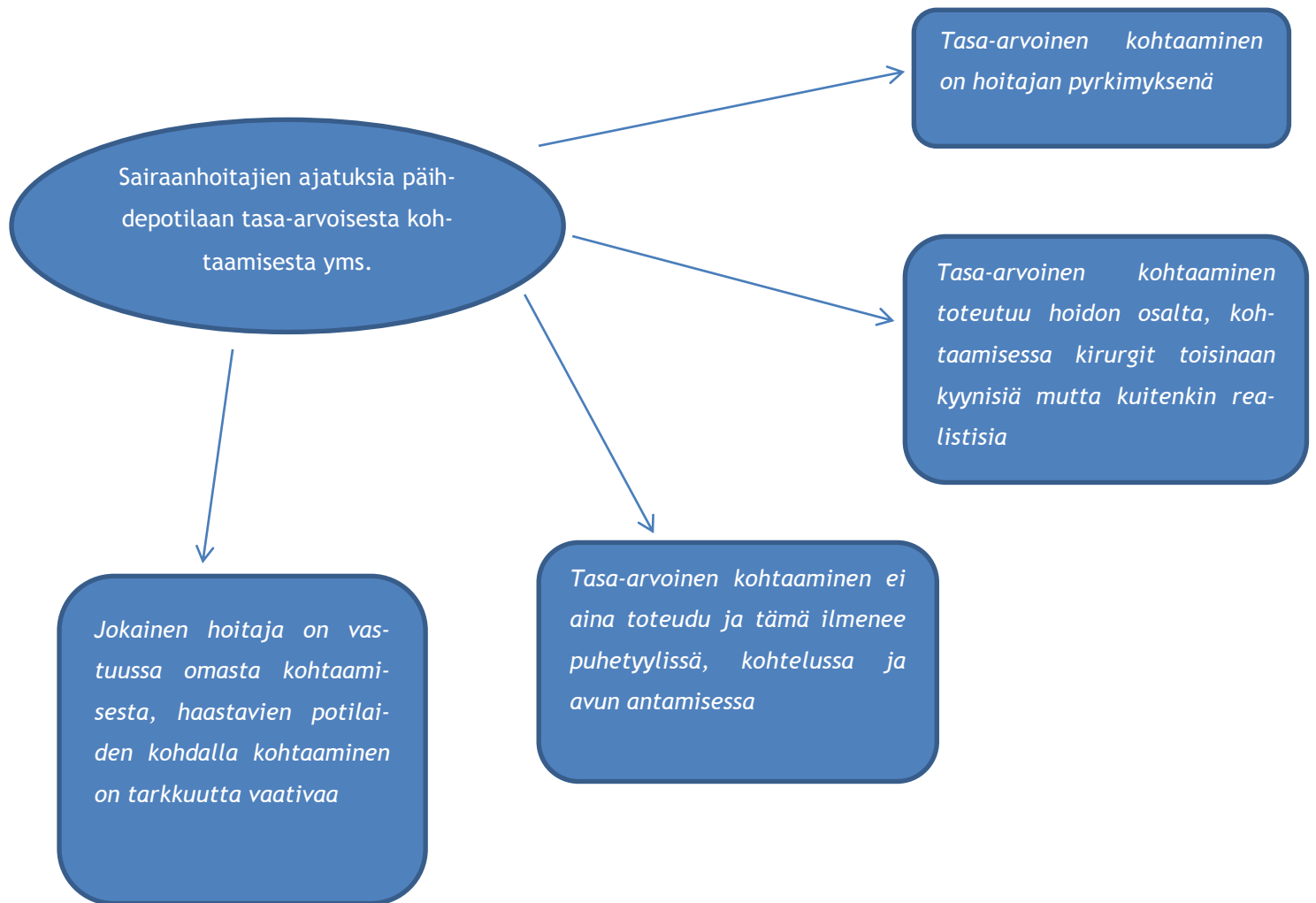
”Että toteutuu ja ei.”

”Ei se välttämättä. meillä on niinku semmosiakin hoitajia töissä, ketä sitte niinku enemmän ärsyttää, että se potilas on vaikka syystä tai toisesta sekava. ni sit se semmonen niinku kohtelu ja näin. voi olla vähän rajumpaa. ei nyt ketään käydä pieksämään, mutta vähän semmoset turhan rajut otteet. ja vähän se kielenkäyttö voi olla sellasta... ehkä sen takii, että itsellä menee hermot, ni sit se kuuluu siinä puheessakin, että on vähän semmonen ärsyyntynyt.”

”Kyllä joo... ei aina välttämättä... no ehkä se, että tota. no vaikka jossain pesuissa. ei sitä potilasta aina välttämättä auteta niin paljon kun olis tarvis. et sit välillä ehkä ajatellaan, että kun se on itsensä tuollaiseen tilaan saanut, niin saa nyt myös sieltä selvitäkin itse.”

Sairaanhoitajat toivat esille tasa-arvosta puhuttaessa, että haasteena nähty potilaan negatiivinen tapa kommunikoida tai suorastaan haukkua sekä säättiä hoitajaa johti siihen, että hoitajana päihdepotilaan kohdalla vaati tarkkuutta, jottei hoitajana sanoisi potilaalle pahasti ja pysyi hoitajana ammatillisessa roolissaan.

”Kyllä siin tiukasti pitää olla, ettei sano pahasti. et jos koko ajan tulee, syytää vaan haukkumisia, et miks meidän pitäis olla sellasia roskasäkkejä, että me otetaan kaikki vastaan.”



Kuvio 9. Sairaanhoitajien ajatuksia päihdepotilaan tasa-arvoisesta kohtaamisesta ja siitä, miten tasa-arvoinen kohtaaminen toteutuu ja näkyy päihdepotilaan hoitotyössä kirurgisella vuodeosastolla.

9.3.1. Autonomian toteutuminen päihdepotilaan kohdalla

Kappaleen lopussa (kuvio 10) on kuvattuna sairaanhoitajien esille tuomia ajatuksia autonomiasta yläluokkina.

Sairaanhoitajat kertoivat, että autonomia ei aina täysin toteutunut päihdepotilaiden kohdalla. Tämän nähtiin johtuvan siitä, että päihteitä käyttävän potilaan vaatimukset hoidosta olivat ristiriidassa toteutettavissa oleviin vaatimuksiin. Toisaalta sairaanhoitajat kertoivat, että toisinaan hoitajana joutuu sanomaan potilaalle mitä voi tehdä ja mitä ei voi tehdä ja tämä ei aina kulkenut käsi kädessä potilaan oman tahdon kanssa. Myös tilanteet, joissa potilaan tila huononisi toteutettaessa potilaan omaa tahtoa, nähtiin autonomiaa rikkovana tilanteena. Hoidollisuus meni potilaan tahdon edelle ja potilaan parhaaksi toimittiin. Potilaan hoidossa oleminen on vapaaehtoista ja sairaanhoitajat kertoivat, että potilas saa tahtoessaan lähteä hoidosta pois vaikka sairauden hoito olisi kesken.

”En oo koskaan ajatellut verraten muihin potilaisiin. mutta. mut ehkä se kuitenkin aika ajoin on se sitten lääkärin määräyksissä tai meidän tekemisissä niin tota. ei välttämättä aina toteudu. ku ne vaatimukset on usein niin suuret että sitä ja tätä ja tota ja haluu nyt tehdä sitä tai tota. ja sit on pakko sanoo että sä et nyt voi tai sä et nyt saa. et silleen ei voi antaa tehdä kaikkee mitä potilas haluis.”

”Että ei se välttämättä aina ihan, että saattaa mennä sanelupolitiikan puolelle, että mitä tässä tehdään.”

”Siis jos se tila menee pahemmaks siitä että mä suostun siihen potilaan vaatimukseen. ni silloin se ei mee oikeen, et silloin mun pitää vaatia. että mun on pakko tehdä tää että tai jotenkin yrittää saada se tilanne sellaseks. et silloin ei oikein voi kysyä, että haluuks sä vai et. kyllähän silloin tällöin joutuu sanomaan, sä oot tullut tänne vapaaehtoisesti hoitoon, että jos sä haluat hoitoa, niin me hoidetaan, mutta jos sä et haluu, ni sitte joudut lähtee pois. että ei tää oo vankila.”

Haastattelumateriaalista nousi esille sairaanhoitajien kertomana autonomian toteutuminen hoitotoimenpiteitä ajatellen. Toimenpiteitä ei tehty, mikäli potilas itse ei ollut suostuvainen. Poikkeuksia olivat tilanteet, joissa potilaan terveys vaarantuisi toimenpiteen tekemättömyyden vuoksi. Näissä tilanteissa kuitenkin korostui se, että potilaalla oli tieto siitä mitä tehdään ja miksi tehdään. Potilaalla nähtiin olevan vastuu päätösten tekoon. Potilaalla tuli olla tarvittava tieto toimenpiteestä ja seurauksista, mikäli toimenpide jätettiin tekemättä potilaan omasta tahdosta.

"Kyllä mun mielestä toteutuu. että kyllä jos potilas ei jotain tutkimusta halua, niin ei sitä sitten tehdä. tai jos haluaa lähteä kesken hoidon pois, niin kyllä saa lähteä."

"...mut kyllä ne nyt kuitenkin ne toimenpiteet tehdään sillain että se potilas tietää mitä sille tehdään ja minkä takii vaikka se ei samaa mieltä olisikaan."

"...kellekään ei voi tehdä mitään väkisin.että jos sillä on tietoo tarpeeks niin se on siten potilaan valinta."

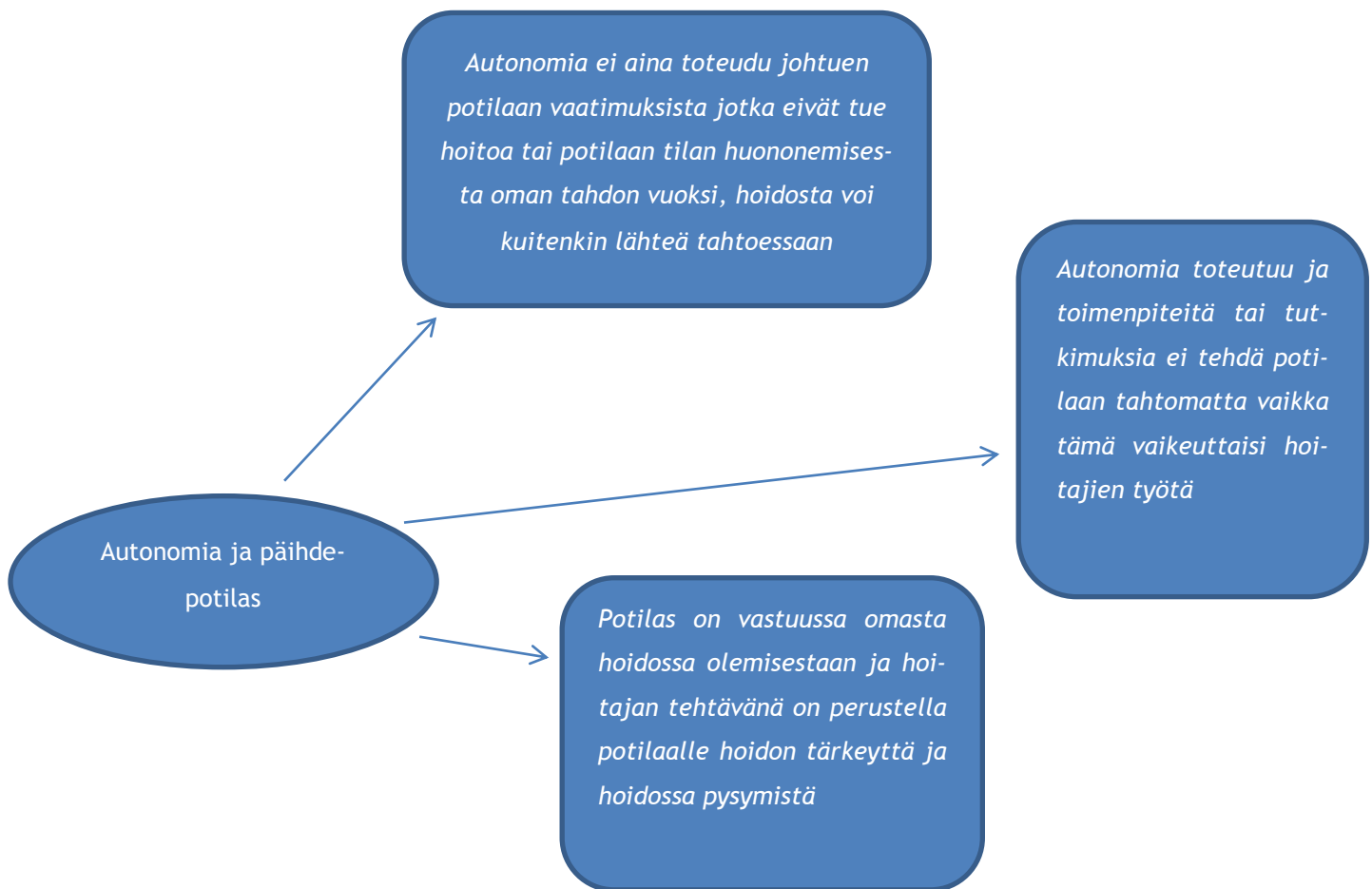
Sairaanhoitajat kertoivat tilanteista, joissa autonomian noudattaminen hankaloitti sairaanhoitajan työtä ja toisaalta myös saattoi vaarantaa potilaan omaa terveydentilaa. Tällaisina tilanteina nähtiin diureesin seuraamiseksi laitettavan katetrin laittamattomuus potilaan omasta tahdosta. Toisaalta sairaanhoitajat kertoivat, että katetri laitettiin, mikäli potilaan tila sitä vaati, vaikka potilaan oma tahto olisi ollut katetria vastaan.

"Sithän se näkyy, kun on se tilanne, ku on pakko laittaa, et sithän se, et siinähan se sit menee, et sehän ei oo enää sitä, että toteutetaan potilaan potilaan tahtoa."

"Kyl se toteutuu tiettyyn rajaan saakka. Et esimerkiksi just eilenkin, ei oo pankreatiitilla kestopatetria, sen takii ku se ei halua sitä kestopatetria. Vaikka se sitten vaikeuttaa meidän työtä ku se ei muista pissata siihen kannuun."

Tilanteissa, joissa potilas päätti lähteä hoidosta omalla vastuullaan, sairaanhoitajat kertoivat roolinsa olevan tiedonantamista ja sovittelua potilaan jäämiseksi osastolle. Potilaalla itsellään oli vastuu hoidossa olemisesta tai hoidosta lähtemisestä, sairaanhoitaja antoi tietoa seurauksista ja huolehtii, että potilaalla oli tarvittava tieto hoidossa pysymisen hyödyistä ja hoidosta lähtemisen haitoista.

"Tietysti ensin yritetään sovittaa ja kertoa että kannattaks sun nyt lähteä ku tää hoito on vielä kesken ja mitä kaikkee voi tulla siitä. Ja näin. Mutta jos potilas on päättänyt että lähtee, niin ei voi mitään, että omalla vastuulla sitten. Et silloinhan potilas ottaa sen oman vastuun jos lähtee ja on tietoinen kuitenkin riskeistä."



kuvio 10. Sairaanhoitajien ajatuksia autonomiasta päihdepotilaan kohdalla ja miten autonomia toteutuu päihdepotilaan hoitotyössä kirurgisella vuodeosastolla.

9.3.2. Hoitajat ja eettisyyteen liitettävät asiat sekä eettistä pohdintaa

Kappaleen lopussa (kuvio 11) on koottuna sairaanhoitajien ajatelmia eettisistä asioista sekä asioista, joita he liittivät eettisyyteen haastatteluissa.

Sairaanhoitajat toivat esille haastatteluissa, että eettistä pohdintaa tapahtui päivittäisen työn ohessa. Erikseen eettisiä kysymyksiä tuli harvoin tiedostetusti pohdittua. Päihdepotilaan kohdalla eettistä pohdintaa aiheutti potilaan oman motivaation puute ja hoidon piiriin toistuvasti hakeutuminen hoitamattoman päihdeongelman seurauksena. Ristiriitaisena nähtiin vertailu esimerkiksi syöpäpotilaan tai vanhuksen hitaammin saamasta hoidosta tai toimenpiteeseen

pääsystä verraten päihdepotilaisiin, jotka toisinaan tilansa vakavuuden vuoksi päätyivät muita potilaita nopeammin jatkotutkimuksiin.

”No ei varmaan erikseen sillä tavalla. Et tietenkin se näkyy siin joka päiväisessä hoidossa.”

”Kyllä varmaan välillä tulee. että ehkä just tää mietityttää välillä, että jos ei oo sitä motivaatiota siihen parantumiseen. et miks tavallaan saa sitä hoitoa joka kerta uudelleen. et kuitenkin tavallaan on itse aiheuttanut sen tilansa. et se aiheuttaa ehkä ristiiriitaa hoitajissa, että nää potilaat pääsee joskus tosi nopeesti eri niinku toimenpiteisiin, tutkimuksiin. riippuen siitä mikä se on se tulosyy. mut et sitte, monesti ajatellaan, jos on niin sanottu terve ihminen jolla on jotain pientä vaivaa, ni hän saa odottaa niinku tosi pitkään ennen ku ryhdytään mihinkään selvittelyihin.”

Sairaanhoitajat toivat eettisyydestä kysyttäessä esille kollegiaalisuuden kuuluvan eettisyyteen. Kollegiaalisuus esiintyi haastatteluissa aiemmissa vaiheissakin ja kollegiaalisuus nähtiin etiikkaan liittyvänä niin, että työryhmältä sai tukea eettiseen pohdintaan ja eettisiin päätöksiin.

”Ja kyl tässä tulee silleen ku etiikkaa miettii ni missä myöskin pitää ja siin tulee kollegiaalisuus.”

Haastattelumateriaalista nousi esille sairaanhoitajien ajatus yhteiskunnallisesta näkemyksestä ajatellessa päihdepotilasta. Toisaalta päihdeongelmaa oheissairauksineen saatettiin kuvata itse aiheutetuksi ja hoitojen kallista hintaa mietittiin peilaten potilaan omaan heikkoon motivaatioon päihdeongelman hoitamisessa ja tätä kautta tehostettujen hoitojen kalleutta ja kannattavuuttakin mietittiin.

”Kyllä siitä justiin tulee, just tätä aihetta että onks se niinku itse aiheutettua toi kaikki. Ja just se, että kuinka paljon kuluja yhteiskunnalle tulee tosta alkoholismista ja kaikkee tällösiä.”

Sairaanhoitajat pohtivat kustannuksia ja yhteiskunnallisia asioita ajatellen päihdepotilasta myös siltä kannalta, että hoito voisi olla niille potilaille mahdollista, jotka sitoutuisivat hoitamaan päihdeongelmaansa ja tätä kautta itse parantaisivat elämänlaatuaan. Sairaanhoitajat arvelivat kuitenkin, ettei päihdehoito ole potilaita hyvin tavoitettavaa tai kohtaavaa. Ajatuksia päihdehoidon kehittämisestä nousi esille haastatteluissa.

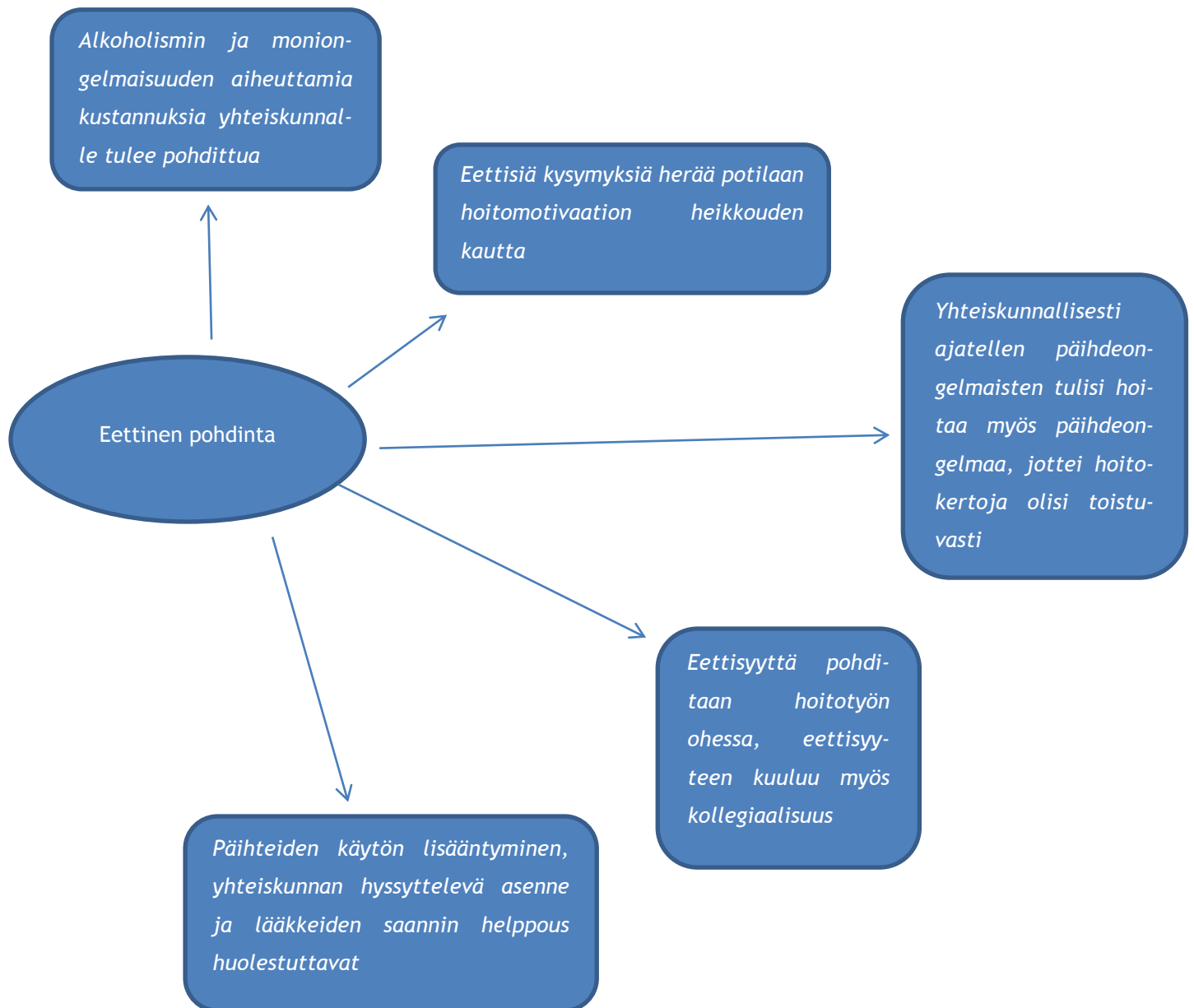
"...niillä on se tahto, ku ne käy siellä aa-kerhossa. Et mä en sit tiedä, että pitääks sitä pääätä käydä kehittämään, että se paremmaks, et se niinku kohtais nää alkoholistit paremmin, et onks se vika sitte siellä, et se ei kohtaa. Et ne ei oo. Et sillä potilaalla ois se tahto, että mä haluun selvitä siitä tilanteesta. Ja ku se alkoholi on se syy, ni se pitää lopettaa... Mut jonkinlaista ihmisten herättelyä pitäis olla."

"Tää on niin tämmönen yhteiskunnallinen asia. Et se, että noita pankreatiitteja hoidetaan että viisi kertaa hoidetaan, jos ne on alkopohjasia ja sit ei tarvis hoitaa, jos ne ei oo aa-kerhossa."

Etiikasta puhuttaessa haastatteluista nousi esille sairaanhoitajien huoli päihdepotilaiden hoidosta. Osastolla koettiin päihdeongelmaisen potilaan hoidon jäävän päihdeproblematiikan kannalta muiden potilas asioiden varjoon. Keinot päihdepotilaan auttamiseksi kirurgisella vuodeosastolla olivat vähäiset, vaikka sairaalassa toimii aa-ryhmä sairaalassa oleville potilaille. Yhteiskunnallisesti ajatellessaan sairaanhoitajat kokivat huolenaiheena päihdeongelmasta puhumattomuuden. Yhteiskunnallisen hyssyttelyn nähtiin olevan myös eettinen ongelma.

"Kyllä päihdepotilaat jää täällä muiden potilaiden jalkoihin. Koska kuitenkin pidetään sitten että tää kirurgia on se ykkönen."

"Että tota jollain tapaa koko yhteiskunta hyssyttelee sitä ongelmaa."



Kuvio 11. Sairaanhoitajien ajatuksia eettisestä pohdinnasta ja siitä, tuleeko eettisiä asioita pohdittua päihdepotilaan kohdalla sekä millaisia pohdintoja sairaanhoitajilla on eettisistä kysymyksistä.

10 Pohdinta

Vertailen tutkimuksen tuloksia Käypähoitosuosituksiin aiempien tutkimustulosten puuttuessa. Käypähoitosuositukset valitsin tulosten peilaukseen, sillä käypähoitosuositukset ovat käytössä päivystyksessä sekä LEIKO:ssa eli yksiköissä, joista potilaat kirurgiselle vuodeosastolle ohjautuvat. Kaikkea saamaani materiaalia ei voi verrata Käypähoitosuosituksiin, sillä haastattelujen tuottama materiaali on osakseen hoitajien subjektiivisia kokemuksia esille tuovaa. Näissä kohdin olen tehnyt tutkimustuloksista yhteenvedon ilman Käypähoitosuosituksiin pohjautuvaa vertailua.

10.1 Tutkimustulosten tarkastelu

Tutkimus toi esille paljon tietoa sairaanhoitajien kokemuksista sekä ajatuksista koskien päihdepotilasta. Kvalitatiivinen tutkimusmenetelmä sopi aiheen kuvaamiseen hyvin ja tulokset ovat kuvattu kerronnallisesti. Aineistoa tutkimukseen kertyi yllättävän paljon ja teemojen ulkopuolelta nousi tärkeitä asioita esiin nostettavaksi. Päihdepotilaiden hoitotyö oli ja on ajankohtainen aihe, päihdepotilaita todettiin tässä tutkimuksessa olevan enenevässä määrin myös kirurgisella vuodeosastolla hoidettavana. Haasteena tässä tutkimuksessa on ehdottomasti ollut teoriatiedon puute. Kirurgiselle vuodeosastolle linkitettävää tutkittua tietoa ei yrityksistä huolimatta ole löytynyt. Päihdepotilaasta ja päihteistä on toki tehty tutkimuksia 90-luvun alkupuolella, mutta tämän jälkeisiä tutkimuksia päihteidenkäyttäjistä ei suuresti ole. Riskien minimointia ja matalankynnyksen hoitoa on tutkittu, mutta näitä tutkimuksia ei hyvin voinut linkittää omaan tutkimukseeni. Tutkitun tiedon puutteesta huolimatta koen aiheen tärkeäksi ja ajankohtaiseksi, myös saatujen tulosten valossa.

Yllättävä tieto oli mielestäni, että sairaanhoitajat kokivat huumausaineiden käyttäjän tunnistamisen haastavana ja jopa niin haastavaksi, ettei päihteiden käyttäjää välttämättä tunnistettu hoitojakson aikana. Pohdin paljon sitä, että päivystyksen henkilökunnalla, oikealla esitietojen kirjaamisella ja tiedon kululla on suuri merkitys pohdittaessa päihdepotilasta ja tämän hoitoa. Mikäli näissä tapahtuu huolimattomuutta tai päivystyksessä ei huomata kysyä potilaan päihteiden käytöstä - oli sitten kyse alkoholin tai huumausaineiden käytöstä - voi tämä vaikuttaa potilaan hoitoon ja tuottaa vääränlaisia valintoja esimerkiksi potilaan lääkityksessä. Teema 1:ssä sairaanhoitajat luonnehtivat päihdepotilasta. Luonnehdintojen moninaisuus ja erilaiset näkemykset tulivat esille sairaanhoitajien puheissa. Päihteiden käyttäjää luonnehdittiin aina positiivissävytteisesti koetusta negatiivissävytteisesti koetuksi - näissä oli vaihtelua. Huomattavaa oli, että sairaanhoitajat, jotka toivat esille potilaan positiivisia piirteitä, toivat esille myös muita enemmän huolta esimerkiksi potilaan tulevaisuudesta. He kokivat enemmän

sääliä potilasta kohtaan kuin sairaanhoitajat, jotka toivat esille negatiivisia ajatuksia päihteiden käyttäjistä luonnehtiessaan heitä.

Sairaanhoitajat toivat esille eroavaisuuksia verraten päihdepotilaan hoitotyötä päihteitä käyttämättömän potilaan hoitotyöhön. Kliinisesti ajatellen haastatteluissa ei tullut esille eroavaisuutta, mutta kohtaamisessa ja kohtelussa nähtiin eroa olevan. Huomioitavaa toki on, että vieroitusoireiden ja päihteiden käyttäjän tunnistamisessa koettiin olevan vaikeuksia ja näin oli epäselvää voidaanko puhua eroavaisuuksista päihteitä käyttävän ja päihteitä käyttämättömän potilaan välillä. Sairaanhoitajat suhtautuivat päihdepotilaisiin vaihtelevasti, jopa ristiriitaisesti riippuen siitä, millaisena päihdepotilas nähtiin edeltävien määritelmien mukaan. Tunteista puhuttaessa sairaanhoitajat toivat esille hyvin erilaisia tunteita. Tämä on ymmärrettävää, sillä tunteet ovat jokaisen henkilön itsensä kokemia ja kokemuksen kautta muokkaantuneita. Pohdinkin olisiko yksilötyönohjaus sairaanhoitajille hyväksi ajatellen päihdepotilaiden tuomaa tunnelastia - erilaisten tunteiden esille tuonti vaatii työyhteisöltä tuntemusta toisiaan kohtaan ja muuttuvassa työyhteisössä voi olla vaikeaa ryhmätyönohjauksessa tuoda ajatuksiaan esille. Sairaanhoitajat toivat esille koulutuksen tarpeen. Tutkimuksen mukaan sairaanhoitajilla on tahtoa potilasohjauksen kehittämiseen ja esimerkiksi päihdetyön yksiköiden tuntemukseen, mutta riittävää tietoa näistä yhteistyötahoista ei koettu olevan.

Teema 3 on tutkimuksen teemoista haastavin. Tulokset perustuivat sairaanhoitajien esille tuomiin näkemyksiin ja ajatuksiin autonomiasta ja eettisyydestä. Teorian kanssa ei tässä teemassa ollut paljonkaan tekemistä. Haastattelujen ja niin sanottujen teemojen ulkopuolelta esille nousi hoitajien yhteiskunnallinen näkemys asioista. Eettisyyttä ei sairaanhoitajien mukaan kerinnyt erikseen pohtimaan ja itse pohdin, että olisi tärkeää jakaa työyhteisössä ajatuksia, jotta yhteinen näkemys saataisiin aikaiseksi tai keskustelua enemmän asiallisesti ja yhteisesti viriteltyä. Autonomiaan liitettiin vahvasti potilaan mahdollisuus lähteä hoidosta tahtoessaan ja tutkimusten vapaaehtoisuus, tämä oli näkemyksistä vahvimmin esille noussut asia teemassa 3. Yllättävää on, että sairaanhoitajat toivat haastatteluissa esille limittäin eettisyyden ja autonomia, näitä oli haastavaa erotella ja luokitella. Pohdin, olisiko sairaanhoitajien ollut helpompi jollakin toisella kysymyksen asettelulla vastata kysymyksiin selkeämmin. Toisaalta pohdin sitä, että ehkä eettisyys nähdään autonomiana osaksi siksi, että eettisten asioiden pohdintaan ja näkemyksien vaihtoon ei erikseen ole osastolla aikaa.

Sairaanhoitajat määrittivät päihteidenkäyttäjän moninaisesti. Päihteidenkäyttäjänä nähtiin alkoholin, lääkkeiden, tupakan ja huumausaineiden käyttäjät sekä sekakäyttäjät. Lääkkeiden väärinkäyttöä on sairaanhoitajien mukaan myös ilman alkoholin käyttöä. Määritelmän mukaan päihteiden käyttäjänä nähtiin myös potilas, jolla oli alkoholin käytön seurauksena syntynyt sairaus, kirurgisella vuodeosastolla useimmiten pankreatiittipotilas. Tupakoitsijat olivat päih-

teidenkäyttäjistä ainoa potilasryhmä, joka sairaalassa oloaikana käyttivät päihdettään eli tupakoivat.

Käypähoitosuosituksen 2010 mukaan sekakäyttäjäksi määritellään alkoholin, rauhoittavien lääkkeiden sekä unilääkkeiden yhteiskäyttäjää. Haastatteluista esille nousutta lääkkeiden sekakäyttöä ilman alkoholin tai huumausaineiden samanaikaista käyttöä ei Käypähoitosuosituksissa esille tuoda. Käypähoitosuosituksessa 2010 tuodaan esille useita alkoholin suurkulutuksen yhteydessä tavattavia sairauksia tai oireita. Tutkimuksessa nousi esille pankreatiitti selkeänä tunnistettuna sairautena kirurgisella vuodeosastolla. Muita päihteisiin liittyviä sairauksia ei tutkimuksen tuloksissa esille noussut.

Sairaanhoitajat määrittivät päihdepotilaan monin eri keinoin. Taustatiedot nousivat tärkeimmäksi tietolähteeksi. Kliininen testaus haastattelumateriaalin mukaan oli päihdepotilailla enimmäkseen veren alkoholipitoisuuden mittausta puhalluttamalla. Havainnointi oli sairaanhoitajien mukaan määrittelyssä tärkeää, havainnointiin kuului potilaan puheen, motoriikan, vieroitusoireiston tai sairauden sekä ulkoisen habituksen havainnointi. Suullinen tieto potilaalta itseltään tai omaiselta saattoi toisinaan olla osa määrittelyn apukeinoja. Haasteena nähtiin potilaan antaman tiedon ristiriitaisuus havaittuihin oireisiin nähden tilanteissa, joissa potilas oli itse kertonut vähäisestä päihteiden käytöstä, mutta oireet kertoivat sairaanhoitajille kovastakin päihteiden käytöstä. Toisinaan potilaan päihteiden käyttö tuli esille vasta leikkauksen jälkeisenä oirehdintana, kuten deliriumina.

Käypähoitosuosituksen 2010 mukaan useiden eri apukeinojen käyttö määriteltäessä ja kartoittaessa päihdepotilaan problematiikan laajuutta on tarpeellista. Apukeinoina Käypähoitosuosituksessa 2010 mainitaan haastattelu, strukturoidut kyselyt, kliiniset tutkimukset sekä laboratoriotestit potilaalle. Kliiniset tutkimukset Käypähoitosuosituksen mukaan liittyvät vitaelintoimintoihin kuten verenpaineeseen, sykkeeseen sekä sydän tuntemuksiin sekä erilaisiin tapaturmaisesti tulleisiin pieniin tai suurempiin vammoihin. Tutkimuksessa sairaanhoitajat toivat lisäksi esille erityisesti hoitotyössä käytössä olevia keinoja, kuten potilaan tilan havainnointi ja arviointi.

Haastavana sairaanhoitajat näkivät haastattelujen mukaan huumausaineiden käyttäjän tunnistamisen ja määrittelyn. Kliininen testaus huumausaineiden käyttäjillä puuttui haastattelujen mukaan. Myös lääkkeiden väärinkäyttäjän tunnistaminen nähtiin haastavana. Haastattelumateriaalin pohjalta huumausaineiden käyttäjä saattoi jopa hoidossa ollessaan jäädä tunnistamatta lyhyiden hoitojaksojen aikana.

Käypähoitosuosituksen 2006 mukaan potilaan huumeongelman toteamiseen keinoina on potilaan haastattelu, esitietojen tarkastelu sekä huume-testien käyttö huumioiden huume-testien

käyttörajoitukset. Näiden lisäksi potilaan päihteiden käyttöä tulee tarkistella, mikäli potilaalla on huumausaineiden käyttöön viittaavia löydöksiä, kuten pistosjälkiä tai näiden infektioita, päihtymys ilman alkoholia tai normaalista poikkeavat silmien mustuaiset, vieroitusoireita, aggressiivisuutta tai vainoharhaisuutta ilman aiempaa psykoottista oirehdintaa. Tutkimuksessa sairaanhoitajat toivat esille, että esimerkiksi vieroitusoireita ei välttämättä tunnistettu huumausaineiden osalta ja huumausaineiden käyttäjä saattoi jäädä tunnistamatta hoitojakson aikana.

Päihdepotilasta sairaanhoitajat luonnehtivat hyvin eri tavoin. Päihdepotilas saatettiin nähdä haastavana kohdattavana ja hoidettavana omaehtoisuuden, ärtymyksen tai levottomuuden vuoksi. Erityisesti sekakäyttäjät nähtiin haastavina arvaamattomuuden vuoksi ja heitä luonnehdittiin keskittymiskyvyltään heikommiksi kuin päihteitä käyttämättömiä potilasta. Päihteiden käyttäjien sairaudet tai oireet saattoivat pahentua toimenpiteen seurauksena ja päihdepotilas vaati sairaanhoitajien mukaan enemmän hoitoa ja seurantaa, erityisesti fyysisen tilansa vuoksi. Hoitoisuudeltaan päihdepotilaat luokiteltiin enemmän hoitoa tarvitseviksi kuin päihteitä käyttämättömät potilaat. Päihteidenkäyttäjien luonteenpiirteitä tai haastavuutta ei kuitenkaan yleistetty, myös päihteitä käyttämättömissä potilaissa oli haastavia kohdattavia.

Toisaalta päihdepotilaat nähtiin luonteeltaan kiltteinä ja mukavinakin. Sairanhoitajilla oli aito tahto ymmärtää potilaita ja päihteidenkäyttöä pyrittiin selittämään elämäntarinan kautta tai niin, että päihteitä käyttävä potilas käytti päihdettä esimerkiksi ollakseen sosiaalisempi.

Aggressiivisuus nousee usein julkisuudessa esiin puhuttaessa päihdepotilaista ja heidän hoidostaan. Haastattelumateriaalin mukaan sairaanhoitajat näkivät kuitenkin päihdepotilaan vaarallisempina itselleen kuin hoitohenkilökunnalle.

Määritelmän mukaisia päihdepotilaita oli osastolla sairaanhoitajien kertoman mukaan vaihtelevasti, mutta esille nousi ajatus siitä, että päihdepotilaita oli paljon. Koko osastoa ajatellen päihteitä käyttäviä potilaita saattoi olla päivittäinkin. Kuitenkin vähintään viikoittain osastolla oli hoidettavana potilas tai potilaita, jolla oli päihteiden käyttöä taustallaan. Sairanhoitajat näkivät henkisesti kuormittavana ajat, jolloin päihteitä käyttäviä potilaita oli osastolla paljon hoidettavana. Haastattelumateriaalin mukaan sairaanhoitajat olivat havainneet työssään, että naisia oli enenevässä määrin päihdepotilaissa.

Sairanhoitajien mukaan päihdepotilaat saivat tasavertaisesti hoitoa nähden muihin potilaisiin. Lääketieteellisesti asianmukainen ja tasavertainen hoito osastolla toteutui päihdepotilaiden kohdalla.

Eroavaisuutta tuotiin esille kuitenkin monella eri tavalla. Esimerkiksi kommunikaation nähtiin olevan haastavampaa päihteitä käyttävän henkilön kohdalla ja tämän nähtiin johtavan toisiinsa siihen, että päihdepotilaiden kanssa kommunikointi oli vähäisempää kuin muiden potilaiden kanssa kommunikointi. Eroavaisuutena kommunikoinnissa nähtiin päihdepotilaan toisiinsa jankkaava puhetyyli ja yhteisymmärryksen löytämisen haastavuus.

Päihdepotilaan kohdalla sekavuus oli sairaanhoitajien mukaan hoitamiseen eroavaisuutta tuova tekijä. Hoitotoimenpiteissä voitiin joutua turvautumaan kiinnipitoon ja ylimääräisen henkilökunnan käyttöön, jotta tarvittava hoito saatiin sekavuudesta huolimatta toteutettua. Toisiinsa sekavuuden vuoksi potilaalle tehtiin toimenpide tai tutkimus käyttäen kevyttä anestesiaa eli ns. humautusta. Sekavuuden sairaanhoitajat kuitenkin totesivat olevan ohimenevää.

Vieroitusoireiden, sekavuuden ja perussairauksien sekä näiden kautta vaativamman lääkityksen vuoksi päihdepotilaat tarvitsivat sairaanhoitajien mukaan tarkempaa ja jatkuvampaa seurantaa kuin päihteitä käyttämätön potilas. Lääkkeiden määrät saattoivat olla suuria ja toisiinsa potilas siirrettiin tarkempaa seurantaa varten tehostetun valvonnan osastolle. Päihdepotilaat sairaanhoitavat kokivat hoitoisuudeltaan vaativampina hoidettavina kuin päihteitä käyttämättömät potilaat.

Erityispiirteenä päihdepotilaan hoidon kohdalla puhuttaessa pankreatiitista nähtiin diureesin tarkka seuraaminen. Tämän toteuttaminen potilaan kanssa yhteisymmärryksessä ja virtsaketetrin potilaalle laittaminen nähtiin haastavana. Yhteisymmärrys potilaan kanssa hoidosta ja sen tarpeellisuudesta ei aina syntynyt helpolla.

Toistuvasti hoidon piiriin saapuvien päihdepotilaiden eli ns. vakikävijöiden kohdalla sairaanhoitajat näkivät eroavaisuutta hoitotyössä asennoitumisessa ja tätä kautta mahdollisesti potilaan kohtelussa. Puhetyylin nähtiin olevan erilaista päihdepotilasta kohtaan. Puhetyylin kovuus tai suoruus näkyi sairaanhoitajien mukaan myös potilaita hoitavilla lääkäreillä.

Kliinisesti tarkasteltuna päihdepotilaan toipumisessa toimenpiteistä ei sairaanhoitajien keroman mukaan ollut eroavaisuutta päihteitä käyttämättömään potilaaseen. Eroavaisuutena nähtiin nopean kotiutumisen toive. Tupakoitsijat saattoivat lähteä nopeasti toimenpiteen jälkeen liikkeelle, toisinaan omaehtoisesti liiankin nopeasti.

Fyysisen kunnon heikkouden, päihteiden tuomien sairauksien sekä heikon ravitsemustilan nähtiin vaikuttavan toipumiseen. Myös hoito-ohjeiden heikko kuunteleminen tai ymmärtämättömyys vaikutti päihteitä käyttävän potilaan toipumiseen välillisesti, hoito-ohjeiden noudattamattomuus saattoi aiheuttaa komplikaatioita tai toipumisen hidastumista. Päihteitä käyttävä henkilö saattoi kuitenkin myös jäädä tunnistamatta ja näin ei aina voitu sanoa, oliko eroavai-

suutta päihteitä käyttävän tai päihteitä käyttämättömän potilaan toipumisessa toimenpiteistä.

Käypähoitosuosituksen 2008 mukaan alkoholin liikakäyttö lisää perioperatiivisia komplikaatioita ja alkoholin käytön lopettaminen ennen elektiivistä leikkausta on kannattavaa ja tuloksesta mikäli käyttö lopetetaan 1-2 kuukautta ennen toimenpidettä, kun ajatellaan alkoholin aiheuttamien muutoksien korjaamista. Tupakoinnin todetaan heikentävän haavan paranemista sekä lisäävän postoperatiivisia hengitystiekomplikaatioita. Tupakoinnin lopettaminen 3-6 viikkoa ennen elektiivistä operaatiota on suositeltavaa. Huumeidenkäyttäjän toipumisesta toimenpiteistä ei käypähoito-suosituksessa erikseen mainita, huomioitavaa on opioidien käyttäjän kohdalla kuitenkin leikkauksen aikana ja tämän jälkeen huolehtia potilaan opioidien saamisesta ja näin vieroitusoireiden välttämistä. Huumeiden käyttäjän hoidossa huomioitavaa on jo huumausaineista vieroittuneiden potilaiden anestesia- ja kivunhoito menetelmät. Vieroittautuneiden potilaiden kohdalla on huomioitava, ettei lääkitys tai anestesia altista potilasta huumausaineiden käytön uudelleen aloittamiselle.

Sairaanhoitajien kokemat tunteet vaihtelivat kertojasta riippuen. Yhteisiä nimittäjiä kuitenkin löytyi haastattelumateriaalista. Aggressiivisen potilaan kohtaaminen herättää hoitajissa pelon tunnetta, työyhteisöstä koettiin saatavan tukea ja lisä-avun saaminen vartijan muodossa koettiin hyväksi.

Sairaanhoitajat kuvasivat turhautumisen tunteen heräävän päihteitä käyttävän potilaan kohdalla hoitomotivaation ollessa huono tai mikäli potilas palaa päihteiden käyttöön palaten toistuvasti hoidon piiriin päihteiden aiheuttaman vaivan vuoksi.

Raivostumisen tunnetta kuvattiin esiintyvän turhautumisen rinnalla. Raivostumiseksi kuvattua tunnetta esiintyi varsinkin tilanteissa, joissa sairaanhoitajat kokivat muiden potilaiden jäävän vaille tarvitsemaansa huomiota paljon resursseja vievän päihdepotilaan vuoksi.

Säälin tunnetta kuvattiin päihteitä käyttävän potilaan kohdalla esiintyvän. Sairaanhoitajat kuuntelivat päihdepotilaan elämäntilannetta ja tarinaa. Tämän kautta muodostui halu ymmärtää päihteiden käytön taustoja ja tätä kautta säälin tunne mukavaksi koetun päihdepotilaan kohdalla saattoi herätä hoitajassa.

Huoli päihteitä käyttävän potilaan terveydentilasta tuotiin esille ja sairaanhoitajat kokivat toisinaan työn kuormittavaksi, mikäli hoitajana ei ymmärtänyt, ettei päihteiden käyttöön tai muihin asioihin aina voinut vaikuttaa hoitajana vaikka tahtoisikin. Huolta aiheutti myös normaalisti alkoholia käyttänyt potilas, jolla oli pankreatiitti, sairaanhoitajat pohtivat ymmärtääkö potilas oman tilansa vakavuuden.

Nuorien päihteitä käyttävien potilaiden kohdalla sairaanhoitajat toivat esille toivon. Sairaanhoitajat pohtivat nuoren tulevaisuutta ja toivoivat kierteen loppumista ja jatkohoitopaikkaa.

Sairaanhoitajat toivat esille, että päihdepotilaan kohtaamiseen ja tunteisiin vaikutti sairaanhoitajan omat taustatekijät sekä toisinaan myös työkokemuksen määrä.

Sairaanhoitajat kokivat koulutustarvetta kirurgiselle vuodeosastolle kohdistetusta tiedosta päihdepotilaita ajatellen. Sairaanhoitajat toivat esille, että huumausaineiden käyttäjien tunnistaminen sekä vieroitusoireiden hoito olivat asioita, joihin kaivattaisiin lisätietoa ja koulutusta. Alkoholin vieroitusoireet koettiin kuitenkin tunnistettavan melko hyvin. Koulutuksen ajateltiin tuovan varmuutta kohtaamiseen ja helpottavan ennakkointia päivittäisessä hoitotyössä.

Sairaanhoitajien mukaan erilaisten verkostojen tuntemusta tulisi lisätä, jotta päihteitä käyttävän potilaan ohjaus onnistuisi paremmin jatkohoitota ajatellen. Jatkohoitopaikoista kaivattiin tietoa ja koulutusta. Sosiaalityöntekijän koettiin olevan toimenkuvaltaan lähimpänä jatkohoitotojen järjestämisestä vastaava henkilö, mutta potilasohjauksen vuoksi päihdehoitopaikkojen tuntemus olisi sairaanhoitajien mukaan hyväksi.

Käypähoitosuosituksen 2010 mukaan somaattisen hoitotahon on tunnettava päihdehuollon erityishoidon yhteydet. Käypähoitosuosituksessa 2010 todetaan, että somaattisen sairaanhoidon, psykiatrisen sairaanhoidon sekä päihdehuollon yksikön yhteistyön tulee olla saumatonta, jotta potilas saa kokonaisuutena eheän hoidon.

Sairaanhoitajien mukaan jokainen hoitaja oli itse vastuussa tavastaan kohdata potilas tasa-arvoisesti. Sairaanhoitajilla oli pyrkimys tasa-arvoiseen kohtaamiseen ja lääkitys, toimenpiteet ja tarvittava hoito toteutuivat päihdepotilaan kohdalla, vaikka vointi olisi huonokin.

Kohtaamisessa saattoi sairaanhoitajien mukaan toisinaan vaikuttaa potilaan leimaaminen päihdeproblematiikan vuoksi. Kirurgien tapa kommunikoida päihteitä käyttävän potilaan kanssa nähtiin toisinaan kyyniseksi ja hyvin suoraksi. Toisaalta sairaanhoitajat totesivat, että hysyttely ei päihdepotilaiden kohdalla auttaisi.

Potilaan sekavuus nähtiin toisinaan ärsyttävänä seikkana ja tämä saattoi vaikuttaa sairaanhoitajan tapaan puhua potilaalle. Tasa-arvoiseen kohtaamiseen vaikutti myös hoitajan ajatus siitä, että potilas on itse päihteiden käytöllä aiheuttanut tilansa. Tässä kohtaa tasa-arvoisen kohtaamisen ei nähty aina toteutuvan.

Sairaanhoitajat toivat esille kommunikaation tarkkuuden päihdepotilaiden kohdalla. Päihdepotilaiden kohdalla haasteena nähtiin ammatillisuuden säilymisen puhetyylissä, mikäli potilas puhuu epäkunnioittavasti hoitajaa kohtaan.

Autonomiaan liitettiin vahvasti potilaan vapaaehtoinen hoidossa oleminen. Potilaalla oli oikeus lähteä hoidosta tai kieltäytyä hoidosta. Sairaanhoitajat kuitenkin kertoivat roolinsa olevan toisinaan sitä, että he keskustelivat potilaan kanssa hoidossa pysymisen hyödyistä ja hoidosta lähtemisen haitoista. Sairaanhoitajat olivat tarvittavan tiedonantajia. Potilaalla itsellään kuitenkin oli lopullinen vastuu hoidossa olemisesta tai hoidosta lähtemisestään.

Autonomian ei aina nähty toteutuvan. Mikäli potilaan oma tahto oli ristiriidassa ajatellen sitä, että potilaan tila vaati jotakin hoitotoimenpidettä, jottei potilaan tila huononisi huomattavasti, niin hoitotoimenpide tehtiin riippumatta potilaan omasta tahdosta. Toisinaan potilaan omat vaatimukset saattoivat olla ristiriidassa toteutettavissa oleviin seikkoihin.

Potilaan omaa tahtoa kuitenkin kunnioitettiin. Mikäli potilas ei tahtonut jotain hoitotoimenpidettä tehtävän, ei sitä tehty, mikäli potilaalla oli riittävästi tietoa toimenpiteen tekemättä jättämisen vaikutuksista. Toisinaan autonomian toteuttaminen vaikeutti hoitohenkilöstön päivittäistä työskentelyä.

Eettisiä kysymyksiä sairaanhoitajien mukaan ei tullut erikseen tiedostetusti pohdittua. Eettistä pohdintaa nousi esille pohdittaessa potilaan omaa hoitomotivaatiota, toistuvia hoitokertoja sekä mikäli sairaanhoitajat vertasivat päihdepotilaan saamaa nopeaa palvelua esimerkiksi syöpäpotilaiden saamaan, toisinaan hitaammin toteutuvaan hoitoon. Työryhmältä nähtiin saatavan tukea eettiseen pohdintaan.

Sairaanhoitajat toivat esille yhteiskunnallisia ajatuksia. Kustannuksia pohdittiin ja sitä, oliko hoitaminen kustannustehokasta potilaan palatessa päihteiden käyttöön sekä päihdehoidon paikkojen ollessa päihdepotilasta kohtaamattomia tai päihdesairauksien hoidon ollessa hyvin kalliita. Eettisenä ongelmana nähtiin myös yhteiskunnan hyssyttelevä asenne päihdepotilaista puhuttaessa.

Sairaanhoitajilla oli huoli päihdepotilaan hoidosta kirurgisella vuodeosastolla. Päihdepotilaiden koettiin jäävän ongelmiseen muiden potilasryhmien taakse, kirurgia oli se ykkös-asia osastolla.

10.2 Tulosten hyödynnettävyys ja jatkotutkimusehdotukset

Tutkimusta voi hyödyntää erityisesti koulutusta suunniteltaessa. Tutkimuksen tuloksista nousi esille sairaanhoitajien kokema tarve koulutukselle päihdepotilaiden kohtaamisessa ja hoitamisessa kirurgisella vuodeosastolla sekä tarve yhteistyöstä päihdehoidon yksiköiden kanssa. Tutkimusta voisi hyödyntää myös päihdetietoa antavana teoksena teoriansa osilta. Pohdittaessa henkilökuntaresursseja tutkimuksen tuloksia voisi hyödyntää niiltä osin, että sairaanhoitajat kokivat päihdepotilaan hoitamisen haastavana ja kuormittavana päihdepotilaita ollessa osastolla useampia. Tutkimuksen esille tuomat kokemukset voisi ottaa huomioon esimerkiksi suunniteltaessa työnohjausta ja pohtiessa psykiatrisen osaamisen tarpeellisuutta osastolla.

Jatkotutkimusaiheena voisi olla tutkimuksen toistaminen soluissa 3 ja 4 ainakin päihteiden käyttäjän tunnistamisen osalta. Jatkotutkimuksena voisi käyttää myös Käypähoitosuosituksen toteutumisen mittaamista osastolla. Tutkimuksen voisi tehdä myös päivystyksessä, josta potilaat kirurgiselle vuodeosastolle ohjautuvat. Tällä varmistettaisi päihdepotilaiden tunnistaminen ja näin voisi mitata hoidonlaatua huomioiden potilaan päihteiden käyttö.

Jatkotutkimuksena voisi olla erilaisten päihdemittareiden käytön osaaminen tai tunteminen sekä erilaisten päihdemittareiden kuten AUDIT:in käytön tarpeellisuuden kartoittaminen erityisesti osastotyössä.

Jatkotutkimuksena voisi tehdä myös kartoituksen päihdepotilaan näkökulmasta, millaisena päihdepotilaat kokevat hoidon kirurgisella vuodeosastolla ja huomioidaanko päihdeproblematiikka hoidon aikana.

Lähteet

- Forsell, M., Virtanen, A., Jääskeläinen, M., Alho, H. & Partanen A. 2010 Huumetilanne Suomessa 2010, Uusin tieto, uusimmat kehityssuuntaukset ja erityisteemat huumeista. Huumevuosiraportti EMCDDA:lle, Raportti 40/2010. Helsinki: Yliopistopaino.
- Euroopan huumausaineiden ja niiden väärinkäytön keskus.2008. Vuosiraportti 2008. Huumeongelma Euroopassa. Luxemburg: Euroopan yhteisöjen virallisten julkaisujen toimisto
- Halonen, M. & Paasivaara, L. 2008. Asiakkaiden kokemuksia päihdepalveluista. Hoitotiede 20 (5), 267-277.
- Heikkilä, T. 2008.Tilastollinen tutkimus. Helsinki: Edita Prima.
- Holmberg, J., Hirschovits, T. & Kylmänen, P. 2008. Sairaanhoidaja tekee mielenterveys- ja päihdetyötä. Teoksessa Agge, E. (Toim.) Tämä potilas kuuluu meille. Helsinki: Suomen sairaanhoitajaliitto ry.
- Kankkunen, P. & Vehviläinen-Julkunen, K. 2010. Tutkimus hoitotieteessä. 1.-2. painos. Porvoo: WSOYpro.
- Kantonen, J., Niittynen, K., Mattila, J., Kuusela-Louhivuori, P., Manninen-Kauppinen, E. & Pohjola-Sintonen S. 2005. Päihtyneet ja päihdeongelmaiset potilaat Peijaksen sairaalan päivystyspoliklinikalla. Suomen Lääkärilehti 61 (47), 4923-4926.
- Kyngäs, H., Elo, S., Pölkki, T., Kääriäinen, M. & Kanste, O. 2011. Sisällönanalyysi suomalaisessa hoitotieteellisessä tutkimuksessa. Hoitotiede 23 (2),138-148.
- Kyngäs, H. & Vanhanen, L. 1999. Sisällön analyysi. Hoitotiede 11 (1), 3-12.
- Käypähoitosuositus. 2006. Huumeongelmaisen hoito. Duodecim.
<<http://www.kaypahoito.fi/web/kh/suosituksset/naytaartikkeli/tunnus/hoi50041?hakusana=huume>> . Luettu 11.8.2011
- Käypähoitosuositus.2008. Leikkausta edeltävä arviointi. Duodecim.
<<http://www.kaypahoito.fi/web/kh/suosituksset/naytaartikkeli/tunnus/hoi50066?hakusana=leikkaus>> . Luettu 1.8.2012
- Käypähoitosuositus.2010. Alkoholiongelmaisen hoito. Duodecim.
<<http://www.terveysportti.fi/xmedia/hoi/hoi50028.pdf>> . Luettu 11.8.2011
- Lappalainen-Lehto, R., Romu, M-L & Taskinen, M. 2007. Haasteena päihteet, Ammatillisen päihdetyön perusteita. Porvoo: WSOY oppimateriaalit.
- Louhiala, P. & Launis, V. 2009. Parantamisen ja hoitamisen etiikka. Helsinki: Edita Prima.
- Lukkari, L., Kinnunen, T., Korte, R. 2007. Perioperatiivinen hoitotyö. Porvoo: WSOY oppimateriaalit.
- Mattila, K-P.2008. Arvostava kohtaaminen arjessa, auttamistyössä ja työyhteisössä. Juva:WS Bookwell.
- Mattila, K-P.2010. Asiakkaana ihminen, työnä huolenpito ja auttaminen. Juva: WS Bookwell.
- Mäkelä, A., Ruokonen, T. & Tuomikoski, M. 2001. Hoitosuhdetyöskentely. Helsinki: Kustannusosakeyhtiö Tammi.

Mäkisalo-Ropponen, M. 2011. Vuorovaikutustaidot sosiaali- ja terveysalalla. Helsinki: Kustannusosakeyhtiö Tammi.

Pitkänen, A., Laijärvi, H. & Välimäki, M. 2005. Potilaiden hoitajiin kohdistama väkivalta psykiatrisessa hoitotyössä. *Hoitotiede* 17 (4), 237-248.

Saarni, S. 2005. Lääkärin etiikka. Suomen Lääkäriliiton eettisten periaatekysymysten valiokunta. Joensuu: PunaMusta.

Sairaanhoitajaliitto. Sairaanhoitajan eettiset ohjeet. 1996.

<http://www.sairaanhoitajaliitto.fi/sairaanhoitajan_tyo_ja_hoitotyön/sairaanhoitajan_tyo/sairaanhoitajan_eettiset_ohjeet/>. Luettu 7.8.2011

Sommers, M., Wray, J., Savage, C. & Dyehouse, J. 2003. Assessing Acute and Critically Ill Patients for Problem Drinking. *Dimensions of Critical Care Nursing* 22 (2), 76-88.

Taipale, J. & Välimäki, M. 2002. Aggressiivisuus psykiatrisessa hoitotyössä- katsaus kirjallisuuteen. *Hoitotiede* 14 (4), 167-179.

Tuomi, J., Sarajärvi, A. 2009. Laadullinen tutkimus ja sisällönanalyysi. Jyväskylä: Gummerus.

Valli, J. 2006. Huumeen vaikutuksen alainen tai päihtynyt potilas. Teoksessa Rosenberg, P., Alahuhta, S., Lindgren, L., Olkkola, K. & Takkunen, O. (toim.) *Anestesiologia ja tehohoito*. Jyväskylä: Gummerus.

Välimäki, M., Leino-Kilpi, H., Antila, M-L., Myllylä, B-M., Dassen, T., Gasull, M., Lemonidou, C., Scott, P A., Arndt, M. & Kaurila, T. 2001. Potilaan autonomia kirurgisessa hoitotyössä. *Hoitotiede* 13 (3), 155-165.

Julkaisemattomat lähteet

Agge, P. 2011. Perushoitajan tehtävät kirurgisella vuodeosastolla, solut 41-42. Kehittämistyö. Hyvinkään sairaala, Kirurginen vuodeosasto.

Liitteet

Liite 1 Audit

Liite 2 Audit-C

Liite 3 Teemahaastattelurunko

Liite 4 Saatekirje

Liite 5 Tutkimuslupa

Liite 1

AUDIT-testi epäterveellisen alkoholin käytön seulontaan

AUDIT (Alcohol Use Disorders Identification Test), epäterveellisen alkoholinkäytön seulontatesti. Kysymykset perustuvat Maailman terveysjärjestössä (WHO) kehitettyyn testiin. Kunkin kysymyksen vastauspisteet lasketaan yhteen; 11 pistettä tai enemmän on epänormaali tulos.

Pisteet < 8 = riskit vähäisiä, pisteet 8-15 = riskit lievästi tai selvästi kasvaneet, pisteet > 15 = riskit suuria tai erittäin suuria.

1. Kuinka usein juot olutta, viiniä tai muita alkoholijuomia? Koeta ottaa mukaan myös ne kerrat, jolloin nautit vain pieniä määriä, esim. pullon keskioletta tai tilkan viiniä.

0) ei koskaan

1) noin kerran kuukaudessa tai harvemmin

2) 2-4 kertaa kuukaudessa

3) 2-3 kertaa viikossa

4) 4 kertaa viikossa tai useammin

2. Kuinka monta annosta alkoholia yleensä olet ottanut niinä päivinä, jolloin käytit alkoholia?

0) 1-2 annosta

1) 3-4 annosta

2) 5-6 annosta

3) 7-9 annosta

4) 10 tai enemmän

3. Kuinka usein olet juonut kerralla kuusi tai useampia annoksia?

0) ei koskaan

1) harvemmin kuin kerran kuukaudessa

2) kerran kuukaudessa

3) kerran viikossa

4) päivittäin tai lähes päivittäin

4. Kuinka usein viimeksi kuluneen vuoden aikana sinulle kävi niin, että et pystynyt opettamaan alkoholin käyttöä, kun aloit ottaa?

- 0) ei koskaan
- 1) harvemmin kuin kerran kuukaudessa
- 2) kerran kuukaudessa
- 3) kerran viikossa
- 4) päivittäin tai lähes päivittäin

5. Kuinka usein viimeksi kuluneen vuoden aikana et juomisen vuoksi saanut tehdä jotain, mikä tavallisesti kuuluu tehtäviisi?

- 0) ei koskaan
- 1) harvemmin kuin kerran kuukaudessa
- 2) kerran kuukaudessa
- 3) kerran viikossa
- 4) päivittäin tai lähes päivittäin

6. Kuinka usein viimeksi kuluneen vuoden aikana olet tarvinnut krapularyypyjä?

- 0) ei koskaan
- 1) harvemmin kuin kerran kuukaudessa
- 2) kerran kuukaudessa
- 3) kerran viikossa
- 4) päivittäin tai lähes päivittäin

7. Kuinka usein viimeksi kuluneen vuoden aikana tunsit syyllisyyttä tai katumusta juomisen jälkeen?

- 0) ei koskaan
- 1) harvemmin kuin kerran kuukaudessa

- 2) kerran kuukaudessa
- 3) kerran viikossa
- 4) päivittäin tai lähes päivittäin

8. Kuinka usein viimeksi kuluneen vuoden aikana sinulle kävi niin, että et juomisen vuoksi pystynyt muistamaan edellisen illan tapahtumia?

- 0) ei koskaan
- 1) harvemmin kuin kerran kuukaudessa
- 2) kerran kuukaudessa
- 3) kerran viikossa
- 4) päivittäin tai lähes päivittäin

9. Oletko itse tai onko joku muu satuttanut tai loukannut itseään sinun alkoholinkäyttösi seurauksena?

- 0) ei
- 1) on, mutta ei viimeksi kuluneen vuoden aikana
- 2) kyllä, viimeksi kuluneen vuoden aikana

10. Onko sukulainen, ystävä, lääkäri tai joku muu henkilö ollut huolissaan juomisestasi tai ehdottanut, että vähentäisit juomistasi tai lopettaisit sen?

- 0) ei
- 2) on, mutta ei viimeksi kuluneen vuoden aikana
- 4) kyllä, viimeksi kuluneen vuoden aikana

Liite 2

AUDIT-C

AUDIT-C. Miehillä 5 pistettä tai enemmän ja naisilla 4 tai enemmän viittaa alkoholin liikkakäyttöön.

1. Kuinka usein juot olutta, viiniä tai muita alkoholijuomia? Koeta ottaa mukaan myös ne kerrat, jolloin nautit vain pieniä määriä, esim. pullon keskiolutta tai tilkan viiniä.

0) ei koskaan

1) noin kerran kuukaudessa tai harvemmin

2) 2-4 kertaa kuukaudessa

3) 2-3 kertaa viikossa

4) 4 kertaa viikossa tai useammin

2. Kuinka monta annosta alkoholia yleensä olet ottanut niinä päivinä, jolloin käytit alkoholia?

0) 1-2 annosta

1) 3-4 annosta

2) 5-6 annosta

3) 7-9 annosta

4) 10 tai enemmän

3. Kuinka usein olet juonut kerralla kuusi tai useampia annoksia?

0) ei koskaan

1) harvemmin kuin kerran kuukaudessa

2) kerran kuukaudessa

3) kerran viikossa

4) päivittäin tai lähes päivittäin

Liite 3

Teemahaastattelurunko

taustatiedot: Ikä?

Koulutus (sh: amk, ei amk. lähihoitaja)?

Työkokemus (monta vuotta, monta vuotta samalla osastolla)?

Onko työkokemusta psykiatrisesta hoitotyöstä?

1.teema

päihdepotilas kirurgisella vuodeosastolla

-määritelmä

Apukysymykset:

-oletko työssäsi kohdannut päihkeitä käyttäviä potilaita? millaisia/ kertoisitko heistä?

-onko päihkeitä käyttäviä potilaita paljon?

-Mistä tunnistat päihkeitä käyttävän potilaan?

-miten määrittelet päihdepotilaan, millainen potilas on päihdepotilas?

2. teema

kokemukset päihdepotilaan hoitamisesta

- hoitotyö/ toimenpiteet/ toipuminen toimenpiteistä
- tunteet hoitotilanteissa
- Työyhteisön tuki

Apukysymykset:

- oletko työssäsi huomannut eroa päihteitä käyttävän potilaan hoitamisessa verrattuna päihteitä käyttämättömään potilaaseen? millaista eroavaisuutta, jos eroavaisuutta on?
- Oletko huomannut eroavaisuutta päihteitä käyttävän potilaan toipumisessa toimenpiteistä? Millaista eroavaisuutta?
- Millaisia tunteita päihteitä käyttävä potilas herättää sinussa hoitajana?
- Puhutaanko päihteitä käyttävistä potilaista työyhteisössänne? Millaisia keskusteluja päihteidenkäyttäjistä työyhteisössänne käydään?
- Saatko tukea työyhteisöltä päihdepotilaan kohtaamiseen? millaista tukea?
- millaista tukea tarvitsisit, jos koet tarvitsevasi lisää tukea?

3.teema

hoitotyön etiikka päihdepotilaan hoitamisessa

- tasa-arvo
- autonomia

Apukysymykset:

- Toteutuuko päihdepotilaiden kohdalla tasa-arvoinen kohtaaminen? Miten tämä ilmenee? Jos ei, niin miten tämä ilmenee?
- Miten koet autonomian toteutumisen, toteutuuko autonomia eli potilaan oma päätäntävalta omasta hoidostaan päihdepotilaiden kohdalla?
- Sairaanhoidajan eettisten ohjeiden pohjalta katsottuna potilaiden kohtaamisen tulee olla kunnioittavaa ja tasa-arvoista. Toteutuuko tämä kohtaamisissa?

Liite 4

Hyvät osasto 4:n Sairaanhoitajat!

Olen sairaanhoitaja opiskelija Hyvinkään Laureasta. Teen opinnäytetyötäni osastollenne, työn nimi on ”Hoito henkilöstön kokemuksia päihdepotilaan kohtaamisesta kirurgisella vuodeosastolla”, opinnäytetyöni on laadullinen eli kvalitatiivinen tutkimus. Opinnäytetyön tarkoituksena on kehittää päihdepotilaan hoitotyötä osastollanne. Pidän opinnäytetyöstäni osastotunnin sen valmistuttua huhti-toukokuussa 2012.

Tutkimustehtävät eli tutkimuskysymykset työssäni ovat:

- 1. Miten hoitajat määrittelevät päihdepotilaan?**
- 2. Minkälaisia ovat hoitajien kokemukset päihdepotilaan hoitamisesta kirurgisella vuodeosastolla?**
- 3. Miten hoitotyön etiikka näkyy päihdepotilaan kohtaamisessa?**

Näihin tutkimuskysymyksiin haen vastauksia teemahaastattelun keinoin, nauhoitan haastattelut analysointia varten. Tarkoituksena on haastatella osaston sairaanhoitajia 5-10, riippuen siitä mikä osoittautuu tarpeelliseksi määräksi haastattelujen edetessä osastollanne. Teemahaastattelu tapahtuu yksilöhaastatteluna ja nimettömänä. Haastattelun aineisto hävitetään analysoinnin ollessa valmis.

Haastatteluun osallistuminen on vapaaehtoista ja tapahtuu työaikana, iltavuoron ja aamuvuoron vaihteessa. Saat lopettaa haastattelun missä vaiheessa vain, jos sinusta sille tuntuu. Haastatteluun valitaan henkilöt sen mukaan 1 ja 2 modulista työvuorolistojen antamien puitteiden mukaan satunnaisesti. Haastatteluun menee aikaa noin 30-45min. Haastattelun ajankohta riippuu hu:ilta saatavasta tutkimusluvasta, mutta alustavana ajatuksena on suorittaa haastattelut 5.3.12-16.3.12 välisenä aikana.

Toivon teidän osallistuvan innolla ja avoimin mielin haastatteluun. Mikäli sinulla on kysyttävää opinnäytetyöstä tai haastattelusta, vastaan mielelläni kysymyksiin ennen haastattelujen ajankohtaa, toivon, että kysymykset esitettäisiin ennen varsinaista haastattelu aikaasi jotta haastattelu sujuisi mahdollisimman hyvässä aikataulussa.

Rauni Koistinen toimii osastollanne yhteyshenkilönä koskien opinnäytetyötäni.

Ystävällisin terveisin Sanna-Mari Jämsänen

p. , sp. sanna-mari.jamsanen@laurea.fi

Liite 5

HELSINGIN JA UUDENMAAN
SAIRAANHOITOPIIRI

OPINNÄYTETYÖN TUTKIMUSLUPAHAKEMUS Liite 1

§ 3/2012

Opinnäytetyön tekijää koskevat tiedot	Suku- ja etunimet Jämsänen Sanna-Mari	
	Virka/toimi tai oppiarvo/koulutustausta sairaanhoitaja opiskelija amk	
	HUS:n palveluksessa <input type="checkbox"/> Kyllä <input checked="" type="checkbox"/> Ei	
	Sähköpostiosoite/puh/gsm sanna-mari.jamsanen@laurea.fi. puh. 044-3573000	
	Kotiosoite [redacted]	
	Yliopisto ja laitos/Ammattikorkeakoulu/oppilaitos, jossa opiskelee Laurea AMK, Hyvinkään toimipiste	
	Yliopiston laitoksen/Ammattikorkeakoulu/oppilaitoksen osoite Uudenmaankatu 22, 05800 Hyvinkää	
Opinnäytetyön ohjaaja oppilaitoksessa	Opinnäytetyön ohjaaja(t), ohjaajien oppiarvot ja yhteystiedot (sähköposti/puhelin) Ttm Päivi Saares, [redacted]	
	Opinnäytetyön ohjaaja(t), ohjaajien ilmoitus siitä, onko opinnäytetyön tutkimussuunnitelma hyväksytty esitetyssä muodossa hyväksytty, seminaari 30.1.2012	
HUS:n vastuuhenkilöä koskevat tiedot	Suku- ja etunimi/virka/toimi Koistinen Rauni Osastonhoitaja, Latosuo Tuula Apulaisosastonhoitaja	
	Työpaikan osoite Sairaalankatu 1, 05850 Hyvinkää	
	Sähköpostiosoite/puh/gsm rauni.koistinen@hus.fi	
Opinnäytetyötä koskevat tiedot	HUS:n tulosalue, tulosyksikkö tai liikelaitos, jossa vastuuhenkilö työskentelee Hyvinkään sairaala, kirurginen vuodeosasto 4.	
	Opinnäytetyön nimi julkisessa muodossa Hoitohenkilöstön kokemuksia päihdepotilaan kohtaamisesta kirurgisella vuodeosastolla	
	Lyhyt selostus opinnäytetyön suorittamisesta HUS:ssa julkisessa muodossa (kirjasinkoko 10). Tutkimuksen tarkoituksena on kuvata hoitohenkilökunnan kokemuksia päihdepotilaan kohtaamisesta ja hoitamisesta, kuvata miten hoitajat määrittelevät päihdepotilaan osastolla 4. sekä nostaa esille myös eettistä näkökulmaa päihdepotilaan kohtaamisessa. Tutkimuksen tavoitteena on kehittää kirurgisen päihdepotilaan hoitotyötä. Aineistonkeruu menetelmänä on teemahaastattelu.	
	Asiasanat (max 5 kpl) Päihtet, kirurginen hoitotyö, päihdepotilas, kokemus	
	Opinnäytetyön taso <input type="checkbox"/> Lisensiaattitutkinto <input type="checkbox"/> Maisteri tutkinto <input type="checkbox"/> Ylempi AMK tutkinto <input type="checkbox"/> Kandidaatti <input checked="" type="checkbox"/> AMK tutkinto <input type="checkbox"/> Muu, mikä?	Opinnäytetyön tieteenala <input type="checkbox"/> Lääketiede <input type="checkbox"/> Hammaslääketiede <input type="checkbox"/> Hoitotiede <input type="checkbox"/> Terveystieteiden tiede <input type="checkbox"/> Muu, mikä?
	Opinnäytetyö on osa laajempaa HUS -hanketta? <input checked="" type="checkbox"/> Ei <input type="checkbox"/> Kyllä, mitä?	Arvioitu aloituspvm. 20.2.2012
	Opinnäytetyön suorituspaikat HUS:ssa <input type="checkbox"/> HUS konsernihallinto <input type="checkbox"/> HYKS-sairaanhoitoalue <input type="checkbox"/> HYKS Medisiininen tulosyksikkö <input type="checkbox"/> HYKS Naisten- ja lastentautien tulosyksikkö <input type="checkbox"/> HYKS Operatiivinen tulosyksikkö <input type="checkbox"/> HYKS Psykiatrian tulosyksikkö <input checked="" type="checkbox"/> Hyvinkään sairaanhoitoalue <input type="checkbox"/> Lohjan sairaanhoitoalue <input type="checkbox"/> Länsi-Uudenmaan sairaanhoitoalue <input type="checkbox"/> Porvoon sairaanhoitoalue	Arvioitu päättymispvm. 27.3.2012
		<input type="checkbox"/> HUS-Apteekki <input type="checkbox"/> HUS-Desiko <input type="checkbox"/> HUS-Kiinteistöt Oy <input type="checkbox"/> HUS-Logistiikka <input type="checkbox"/> HUS-Lääkintäteknikka <input type="checkbox"/> HUS-Röntgen <input type="checkbox"/> HUS-Servis <input type="checkbox"/> HUS-Tilakeskus <input type="checkbox"/> HUSLAB <input type="checkbox"/> Ravioli <input type="checkbox"/> Uudenmaan sairaalapesula Oy <input type="checkbox"/> Muu, mikä?

Koneerynne <input type="checkbox"/> Potilaat <input type="checkbox"/> Omaiset <input checked="" type="checkbox"/> Henkilökunta <input type="checkbox"/> Asiakirjat <input type="checkbox"/> Muu, mikä?		Tutkittavien/havaintoyksiköiden määrä n. 5-10
Aineiston keruun menetelmä <input type="checkbox"/> Kysely <input checked="" type="checkbox"/> Haastattelu <input type="checkbox"/> Havainnointi <input type="checkbox"/> Asiakirja-analyysi <input type="checkbox"/> Muu, mikä?		
HUS:n ulkopuoliset yhteistyötahot -		
Aiheuttaako opinnäyte kustannuksia HUS:lle? <input type="checkbox"/> Kyllä (Kustannusarvio ja rahoitussuunnitelma erillisellä liitteellä) <input checked="" type="checkbox"/> Ei (Tutkimusluvan myöntäjä voi vaatia selvitystä tapauskohtaisesti)		Opinnäytetyön hyödyt/vaikutukset HUS:n toimintaan <input type="checkbox"/> Välitön soveltuvuusarvio toimintaan, mihin <input checked="" type="checkbox"/> Ei välitöntä sovellettavuutta
Opinnäytetyön tekijänä sitoudun noudattamaan sairaalan antamia ohjeita ja sääntöjä ja raporttoimaan opinnäytetyöni tuloksista tutkimusluvan myöntäjälle.		
Päiväys 14.2.2012  Sanna-Mari Jämsänen Opinnäytetyön tekijä/tekijät nimenselvitys		Päiväys 14.2.2012  HUS:n vastuhenkilö nimenselvitys Raimo Korhonen

Alla olevaa päätöskohtaa käytetään silloin, kun päätös voidaan antaa lomakepäätöksenä (kts. JYL 1/2010, kohta 4.3)

LOMAKE- PÄÄTÖS § 3/2012	<input checked="" type="checkbox"/> Myönnetään hakemuksen mukaisesti <input type="checkbox"/> Myönnetään edellyttäen, että
	<input type="checkbox"/> Hakemus hylätään seuraavin perusteluin *)
	*) Oikaisuvaatimusohje liitteenä
	Tutkimusluvan alkamispäivä 20.2.2012
Päiväys 20.2.2012  Tutkimusluvan myöntäjä nimenselvitys	Tutkimusluvan päättymispäivä Päiväys 14.2.2012 Hyvinkää  Tutkimusluvan puoltaja HUSissa nimenselvitys

Tarvittavat liitteet

- ☐ Opinnäytetyön suunnitelma ja selostus opinnäytetyön suorittamisesta HUS:ssa
☐ Aineiston keruulomake
☐ Kysely/haastattelulomakkeen saatekirje

Lisäksi tarvittaessa

- ☐ Opinnäytetyötä suorittava muu henkilöstö
☐ Kustannusarvio ja rahoitussuunnitelma
☐ Hakemus tietojen saamiseksi salassa pidettävistä asiakirjoista
☐ Valtiositoumus/ salassapito- ja käyttäjäsitoumus
☐ Tutkittavan tiedote ja suostumus
☐ Eettisen toimikunnan lausunto
☐ STM:n lupa
☐ Henkilörekisteriseloste